

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1904

N°

84

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 18 juillet 1904, à 1 heure

PAR

René MOURLHON

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUBTOTALE

POUR

ANNEXITES SUPPURÉES

Président : M. TERRIER, Professeur.

RECLUS, Professeur.

Juges MM. { WALTHER, Agrégé.

MAUCLAIRE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 42, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

M. DEBOVE.
MM.
POIRIER.
CH. RICHEL.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
RECLUS.
POUCHET.
GU BERT
N...
BROUARDEL.
DEJERINE.
CHANTERMESSE.
LANDOUZY.
HAYEM
DIEULAFOY
DEBOVE
GRANCHER
JOFFROY
GAUCHER
RAYMOND
FERRIER
BERGER.
LE DENTU
TILLAUD.
DE LAPERSONN
GUYON
PINARD.
BUDIN
POZZI.
KIRMISSON.

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

Agrégés en exercice

MM.	MM	MM	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	Travaux anatomiques.
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DEGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD	WIDAL.
DUPRE			WURTZ.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

M. et M^{me} J.-P. MOURLHON

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

A MON GRAND-PÈRE

M. J.-B. TEULIÈRE

*je dédie ce travail, témoignage
modeste d'une profonde affection*

A MA GRAND'MÈRE

A MA CHÈRE MAMAN

A MON PÈRE

A MES SŒURS.

A

M. LE DOCTEUR GOSSET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
chirurgien des Hôpitaux

*Je vous dois, cher Maître, plus que
la simple mention de votre nom, je
vous dois la reconnaissance d'un élève
qui a tout appris à votre école.*

*J'aurais voulu que cette thèse fût le
reflet de votre enseignement ; malgré
ma déception, je tiens à déclarer qu'elle
vous appartient dans ce qu'elle peut
contenir de bien.*

A M. LE PROFESSEUR FÉLIX TERRIER

Chirurgien en chef de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

L'idée de ce travail est due à M. le professeur agrégé Gosset. Il nous avait prié de revoir ses malades opérées d'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées, et d'écrire les résultats de notre enquête.

C'est ce que nous avons fait dans ce travail qui comprend cinq chapitres.

Le premier est un historique très bref de la question.

Le deuxième explique la nécessité de l'hystérectomie abdominale dans les annexites suppurées.

Un troisième chapitre résume les avantages de l'hystérectomie subtotale sur l'hystérectomie totale.

La technique opératoire employée par M. Gosset d'après le procédé du Professeur Terrier est développée dans le chapitre suivant.

Et ses résultats sont annotés au dernier chapitre.

Quarante-trois observations d'hystérectomie subtotale pour suppuration annexielle terminent le travail.

Toutes ces malades ont été opérées par M. Gosset depuis janvier 1900, à la clinique chirurgicale du Professeur Terrier à l'hôpital de la Pitié.

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est J. MONGOMERY BALDY (de Philadelphie) qui a tenté le premier, et préconisé l'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées.

Il pratiqua cette opération en 1892, et en adressa la relation au Pan Américain médical Congress, de Washington (septembre 1892).

L'année suivante, le 5 octobre 1893, BALDY lit un rapport détaillé sur la nouvelle opération, rapport qui ouvre la discussion aux Etats-Unis sur l'hystérectomie abdominale comme traitement des lésions annexielles. « Un trop grand pourcentage de cas, de lésions suppurées des annexes, dit BALDY, n'est pas guéri par l'opération de Lawson-Tait, et la thérapeutique utérine n'a pas plus de succès ; c'est ce qui m'a poussé à pratiquer l'hystérectomie abdominale en pareils cas, j'ai aussi enlevé deux fois l'utérus à des femmes, à qui on avait antérieurement enlevé les annexes, et six fois j'ai fait l'hystérectomie d'emblée. Comme Polk j'opère par l'abdomen, mais je fais une amputation sus-vaginale aussi bas que possible, avec pédicule tordu. Quand à la mor-

talité, je ne la considère pas comme plus grande que celle de la salpingectomie.

Il termine en disant qu'on ne saurait parler ici de *mutations inutiles* puisque l'utérus dépourvu de ses annexes n'a plus aucune fonction à remplir.

Dans la discussion qui suivit, les avis furent partagés : Florian Krug, Harris Slocum, défendent les idées de Baldy ; C.-P. Noble, Easterly Asthon n'acceptent l'hystérectomie que dans des cas exceptionnels ; enfin, Janvrin, C. Cushing, Palmer Dudley, Mursey y sont absolument opposés.

L'opération de Polk, l'hystérectomie abdominale totale par annexites suppurées, contemporaine de l'opération de Baldy, a d'ailleurs les mêmes défenseurs et les mêmes adversaires.

En 1894, BALDY fait paraître dans « the american journal of obstetrics de juillet » un mémoire important sur la question ; il déclare avoir pratiqué l'hystérectomie abdominale subtotale vingt deux fois, sans un seul décès, et avec une guérison parfaite dans la majorité des cas.

Un an plus tard HOWARD KELLY, donne au Congrès de Washington (novembre 1895) une description très claire de son procédé d'hystérectomie abdominale subtotale ; il pratique l'ablation du bloc utéro-annexiel par incision continue, de gauche à droite ou de droite à gauche « by continuous incision from left to right, or from right to left » suivant que la disposition des lésions rend plus facile l'une ou l'autre de ces deux directions.

Au Congrès de Genève (août-septembre 1896) le traitement des salpingites suppurées est à l'ordre du jour ;

KELLY et SAENGER préconisent l'hystérectomie abdominale subtotale, qui dans certains cas déterminés donne de très bons résultats.

Pemrose, Boldt, Noble aux Etats-Unis font paraître leurs statiques.

En Allemagne, Doederlein, Everke, Rosthorn ; en Belgique. Jacobs, pratiquent couramment l'opération américaine.

Vers la fin de 1896, seulement, le professeur Terrier utilise le premier en France, l'hystérectomie abdominale subtotale pour les salpingites suppurées, il emploie également comme Delagénère l'hystérectomie abdominale totale, mais toutes ses préférences vont déjà à la première opération : il publie ses résultats aux Congrès de chirurgie de 1897 et de 1898.

Au congrès de 1899, RICARD lit un rapport très documenté sur l'hystérectomie abdominale en général, et il indique les avantages de la subtotale.

Le professeur TERRIER dit que depuis la fin de 1896, il a opéré seize cas de salpingites suppurées et doubles avec de nombreuses adhérences, par l'hystérectomie subtotale ; une seule fois il fut obligé, par la gravité des lésions, de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. Ces dix sept opérations donnèrent trois succès soit 17, 64 p. 100 de mortalité.

Son procédé diffère de celui décrit en 1897 et en 1898 par un de ses temps ; au lieu d'enlever d'abord les annexes de chaque côté, et de procéder dans un deuxième temps à l'ablation de l'utérus, il ne s'occupe plus à présent des annexes que pour les libérer, il va droit à

l'utérus et l'enlève ; la place laissée par cette ablation permet d'extirper facilement les annexes de bas en haut.

Quénu, depuis janvier 1898, a pratiqué 24 hystérectomies totales et subtotaux avec une mort due à une torsion du mésentère. Villar a fait 12 fois l'hystérectomie abdominale subtotale avec une mort.

Dans la statistique de 200 opérations d'hystérectomies abdominales apportée au Congrès de chirurgie de 1900, par le professeur TERRIER, on trouve 26 hystérectomies subtotaux pour annexites suppurées sans un succès.

FAURE modifie son procédé d'hystérectomie totale par hémisection utérine pour obtenir une hystérectomie subtotale. Le procédé s'exécute exactement comme dans l'ablation totale, avec cette différence qu'il est inutile de sectionner dans un premier temps le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin.

Un an plus tard, 1901, KELLY publie son procédé d'« hystérectomie abdominale par hémisection de l'utérus dans les inflammations annexielles, procédé qu'il exécute depuis 1899 et qui est analogue à celui de Faure (la priorité du procédé appartient d'ailleurs à Faure qui l'avait décrit en 1897).

DELAGE, élève du professeur Terrier, dans une thèse très complète, montre les résultats obtenus par l'hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles.

L'année d'après, 1902 le professeur Terrier publie une statistique de 34 hystérectomies abdominales subtotaux

pour salpingites doubles suppurées, avec une mort seulement, soit 3,4 p. 100 de mortalité.

Depuis 1896, l'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées, a gagné du chemin en France; d'abord délaissée en faveur de l'hystérectomie abdominale totale, peu à peu elle a pris le pas sur celle-ci, et aujourd'hui la connaissance de ses avantages fait qu'elle est pratiquée de plus en plus. Sa mortalité s'est abaissée à quelques unités, qui dans l'avenir, pourront sans doute être réduites encore davantage.

CHAPITRE II

Nécessité de l'hystérectomie dans les annexites suppurées.

L'utérus est toujours malade dans les affections suppurées des annexes ; c'est aujourd'hui un fait acquis, l'infection annexielle a pour point de départ l'infection utérine. Les germes infectieux se propagent de l'utérus vers les trompes par continuité de tissus, par voie muqueuse ; c'est l'opinion exclusivement admise par Schröder, et la seule qui nous paraisse rationnelle et suffisante. La laparatomie nous prouve d'ailleurs l'exactitude de cette affirmation que nos moyens ordinaires d'exploration ne nous permettent pas toujours ; elle nous montre en effet, qu'à l'ouverture du ventre, l'utérus est altéré, atrophié ou hypertrophié, de paroi épaissie et friable, contenant parfois de petits abcès aux embouchures des trompes ; et cet aspect de maladie devient encore plus net après la libération des adhérences, la décortication des annexes, qui le dépouillent de presque tout son péritoine, et lui laissent une surface déchirée, tomenteuse, saignante, puisque l'artère

utérine est laissée indemne dans la simple castration ; c'est ce fait anatomique qui nous explique la difficulté qu'on a quelquefois à faire l'hémostase en pareil cas ; l'hystérectomie seule peut supprimer cet afflux vasculaire et arrêter le suintement. Puisque cet utérus saigne, puisqu'il n'a plus sa protection séreuse, il est évident qu'il est tout préparé à l'infection ; le fil placé sur le pédicule enserre des tissus morbides, et sera dans d'excellentes conditions pour s'infecter lui-même. Puisqu'il n'est plus soutenu par ses moyens de fixité, par la partie supérieure des ligaments larges et les trompes, l'utérus est en équilibre instable, il va se dévier, tomber en arrière presque toujours, et contracter des adhérences plus ou moins intimes avec l'S iliaque, avec une anse grêle ; nos observations montrent la fréquence de ces rétrodéviations adhérentes, cause possible d'obstruction intestinale.

Qu'on ne vienne pas dire que tout cela pourra céder à une thérapeutique intra-utérine sagement et longuement suivie ; l'histologie nous montre dans les métrites qui ont été le point de départ des annexites, des lésions pour ainsi dire anatomiquement irréparables. Suivant les formes observées, ce sont des vaisseaux à parois très épaissies, parfois infiltrées de cellules embryonnaires répandues en quantité plus ou moins considérable dans le tissu conjonctif sous-muqueux et intermusculaire ; la disparition presque complète des glandes, ou au contraire leur hypertrophie et leur dégénérescence ; toutes lésions qui nous montrent la lenteur de la maladie, et nous font prévoir sa regression impossible.

Quant à la rétrodéviatiou que nous trouvons dans beaucoup de nos observations, ce n'est pas l'hystéropexie qui la corrigerait ; en pareil cas, sur le muscle utérin malade, les fils fixateurs s'infectent, puis s'éliminent ; et ce fait clinique a reçu dans le service du professeur Terrier une démonstration scientifique ; des fragments d'utérus appartenant à des annexes suppurées, et placés dans des bouillons de culture ont parfaitement cultivé.

Dans ces conditions, est-il logique d'enlever les annexes et de laisser l'utérus ; à quoi sert cet organe ? à entretenir des douleurs, des pertes blanches, et tous les accidents de la métrite chronique ; à empêcher les opérées de recouvrer jamais leur plein état de santé, à les obliger enfin de revenir un jour demander une intervention plus radicale.

Il ne saurait y avoir doute sur la conduite à tenir ; la clinique et l'anatomie pathologique s'entendent, nous l'avons vu, pour légitimer l'ablation de l'utérus, l'hystérectomie.

Nous devons aller au devant d'une objection possible ; il y a des cas, très rares il est vrai, où l'utérus paraît sain, a-t-on le droit de l'enlever ? Nous pouvons répondre que privé de ses annexes, un utérus n'a plus de raison d'être, que devenu inutile, il peut devenir nuisible, c'est très logique — que l'utérus paraisse sain, c'est à la rigueur possible, mais en réalité il ne l'est pas, nous avons vu pourquoi ; s'il paraît sain, c'est que l'endométrite est latente, et ne se traduit par aucun ou par très

peu de signes objectifs, et là encore dans ce cas particulier, l'indication d'exérèse est formelle.

En définitive, que l'utérus apparaisse vraiment malade, ou qu'il paraisse sain son ablation s'impose parce qu'il est sûrement infecté.

C'est précisément cette notion de l'infection utérine, obstacle à la guérison des annexites suppurées qui a fait la fortune de l'hystérectomie vaginale ; et, en somme, toute notre argumentation est conforme à celle des élèves de Péan, pour nous aussi, l'ablation de l'utérus est la condition indispensable du succès opératoire, et le meilleur argument que nous puissions donner en faveur de nos idées c'est le nombre des hystérectomies complémentaires après simple salpingectomie.

Sur 300 femmes ayant subi la simple extirpation des annexes, M. Richelot a dû 53 fois recourir à une hystérectomie secondaire.

Deux fois, M. Gosset a fait une hystérectomie subtotale à des femmes simplement salpingectomisées (Obs. I et XXXII). Si nous sommes d'accord avec les élèves de Péan pour enlever l'utérus, nous ne le sommes plus pour la voie à suivre. La voie abdominale seule, convient aux interventions sur l'utérus et ses annexes, sa supériorité est aujourd'hui suffisamment démontrée, elle permet de voir ce qu'on fait, de faire sûrement ce qu'on veut, et de ne faire que ce qu'on veut. Ces mérites nous suffisent, nous n'allons pas tomber dans des redites, et ressasser le parallèle bien connu des deux hystérectomies. Aujourd'hui la question est jugée.

CHAPITRE III

Supériorité de l'hystérectomie abdominale subtotale

L'hystérectomie abdominale décidée, doit-on la faire *totale* ou *subtotale* ? enlever corps et col, ou bien n'enlever que le corps pour laisser un moignon de col ; si la question a été résolue pour les infections utérines d'origine néoplasique, elle ne paraît pas l'être encore pour les infections utéro-annexielles d'origine inflammatoire : les deux opérations comptent chacune leurs partisans.

Cependant la subtotale tend de plus en plus à se substituer à la totale, au début seule pratiquée en France. Le professeur Terrier est un protagoniste de la subtotale qu'il emploie presque exclusivement depuis la fin de 1896, et pour lui nous sommes là en possession du procédé définitif d'hystérectomie. Baldy et Kelly, à qui nous avons écrit, nous répondent qu'ils ont toujours les mêmes préférences pour l'hystérectomie subtotale à cause de ses avantages réels sur l'hystérectomie totale.

Dans l'hystérectomie totale, il faut aller à la recherche du cul-de-sac, ouvrir et désinsérer le vagin ; c'est parfois facile, mais plus souvent, des adhérences épaisses et

solides cachent la vue du petit bassin, et pour se repérer, dans la crainte de blesser l'uretère, on doit glisser une longue pince courbe dans le vagin, pour déterminer le cul-de-sac à inciser. Quand on veut faire l'hystérectomie subtotale, il est toujours facile de sentir avec le doigt la colonne dure du col, qui est tranché sans hésitation dans sa portion sus-vaginale; l'opération est donc plus *facile*, et cette facilité est surtout appréciable chez les femmes obèses à parois énormes, où le petit bassin très profond, est moins accessible aux manœuvres.

Elle est aussi plus *rapide*, par suite de la facilité de l'hémostase; l'ouverture des cul-de-sac dans l'hystérectomie totale, détermine une hémorrhagie abondante et persistante, dûe à la section du riche plexus vasculaire formé par des branches de l'utérine, de la vaginale et de l'hémorroïdale moyenne; chacune de ces artérioles nécessite une pince souvent difficile à placer, et toujours encombrante. Dans l'hystérectomie subtotale, ces branches artérielles sont respectées, le tronc de l'utérine remontant de chaque côté le long des bords de l'utérus est seul intéressé, et son pincement est très vite fait; la section du col s'opère presque à blanc, et l'utérus étant légèrement attiré en haut, il y a moins de danger de blesser les uretères, puisqu'ils sont alors en rapport avec le dôme vaginal. De plus, l'affrontement et la suture des tranches vaginales dans la totale sont plus longs que les quatre points séparés qui ferment le moignon utérin dans la subtotale.

Simplicité et rapidité d'exécution, facilité de l'hémostase, voilà déjà des avantages importants.

Enfin, dit Ricard « je considère comme démontré que l'opération est plus facilement maintenue *aseptique* ; quoiqu'on en ait dit, quelque minutieuse que soit la toilette pré-opératoire du vagin, l'asepsie de cette cavité reste douteuse, la préservation du péritoine au moment des manœuvres d'hémostase peut être moins facile. L'utérus, pendant les tractions, a pu y déverser à la fin même de l'opération, des sécrétions septiques. Or, rien n'est plus facile dans la subtotale, que de bien envelopper le petit moignon utérin pendant la traversée du canal cervical, facilement maintenu dans le champ des compresse par une forte pince, et de le recouvrir d'une compresse pendant la ligature des utérines et des utéro-ovariennes du côté opposé. »

Le gros reproche adressé aux partisans de la subtotale c'est de laisser un moignon de col *toujours inutile et souvent nuisible*, parce qu'il est septique, et parce qu'il peut dégénérer d'une façon maligne.

Inutile, il ne l'est pas puisque grâce à lui l'hémostase a été si facile, et quand après la décortication des annexes et l'amputation de l'utérus, dans le cas de grands délabrements on cherche à péritoniser, la surface à recouvrir est moins profondément située, et sur les bords de ce moignon on trouve toujours en avant ou sur les côtés un peu de péritoine qui réuni à l'anse sigmoïde, donne une couverture suffisante. De plus, ce moignon laissé au fond du vagin sa disposition naturelle, et contribue à en faire un *vagin confortable* (Dunning) !

La septicité du col n'existe pas, quand on a pris la précaution de *thermocautériser* vigoureusement la cavité cer-

vicale, et de l'*écider* jusqu'à la périphérie. Enfin il n'est pas démontré jusqu'ici que ce moignon utérin dégénère d'une façon maligne, cette assertion n'est pas encore prouvée dans le cas de fibromes, 'encore moins dans le cas d'annexites suppurées.

M. Bazy rapportait ces jours derniers à la Société de chirurgie, l'observation d'une malade qui avait subi six ans auparavant une hystérectomie totale pour fibrome et qui revenait consulter pour un écoulement vaginal brunâtre et d'odeur fétide. L'examen révéla un épithélioma en chou fleur du vagin avec envahissement partiel de la paroi antérieure de ce conduit.

Ce fait montre donc que l'hystérectomie totale, c'est-à-dire l'ablation de tout le tissu fibromateux préconisée par Richelot dans le cas de fibrome utérin, ne met pas à l'abri à coup sûr de la dégénérescence épithéliomateuse ; ce qui revient à dire, qu'il ne faut peut-être pas voir comme le veut Richelot dans tous les cas de dégénérescence cancéreuse du col, après hystérectomie subtotale, une relation pathogénique entre le cancer et le fibrome, celui-ci préparant celui-là. Il n'y a probablement là qu'une simple coïncidence.

Nous admettrons aussi que la greffe improbable mais possible d'un néoplasme sur un moignon d'hystérectomie subtotale serait une simple coïncidence.

Tout plaide jusqu'à présent en faveur de la subtotale ; il y a encore à juger les résultats immédiats et les résultats éloignés, M. Gosset, à qui la supériorité de la subtotale n'apparaissait pas évidente a fait systématiquement des séries de totales et de subtotaies, sans

avoir égard à la gravité des lésions ; et il a constaté, pour les totales, outre les difficultés techniques dans certains cas, que les suites opératoires étaient moins simples que dans les subtotaux.

Quant aux résultats éloignés, ils sont excellents comme après les subtotaux. M. Gosset a fait en 1903, neuf hystérectomies abdominales totales pour annexités suppurées, nous avons retrouvé ces neuf opérées en très bonne santé ; mais pour arriver à ces résultats éloignés il faut traverser la période critique des suites immédiates.

Aujourd'hui, M. Gosset ne pratique plus l'hystérectomie abdominale totale que dans les cas de grandes suppurations pelviennes où un large drainage vaginal est indispensable.

CHAPITRE IV

Il est en chirurgie une notion courante, c'est qu'on ne doit pas laparatomiser une femme qui a ses règles.

Dans le cas d'hystérectomie abdominale, il est préférable, en effet, de ne pas intervenir sur une femme qui a commencé ses règles le matin même de l'opération, les tissus sont plus vasculaires, la tranche plus saignante, tous détails qui allongent la durée de l'intervention, mais ce n'est pas une contre-indication absolue, et s'il y a urgence d'opérer, on peut, sans crainte, pratiquer une hystérectomie abdominale sur une femme en menstruation.

Autrefois, on purgeait systématiquement tous les malades à opérer ; la purgation préventive était la condition *sine qua non* du succès opératoire ; aujourd'hui encore, on purge beaucoup, sans raison, par habitude, on généralise trop un détail qui n'a que des indications restreintes ; une malade non purgée guérit comme une autre qui l'a été ; mais les interventions sur l'abdomen sont parfois suivies d'un peu de parésie intestinale ; la coprostase si banale chez la femme bien portante

est toujours fâcheuse chez une opérée : les fermentations intestinales sont plus virulentes et leur action plus nocive chez un organisme affaibli par le traumatisme opératoire. Dans ce cas particulier, on a intérêt à donner un purgatif.

Si nous parlons tout de suite et un peu longuement de ces deux points de pratique chirurgicale, en somme peu importants, c'est que nous avons été frappés de la place qu'ils occupent dans l'esprit de certains chirurgiens.

Soins de propreté. Des soins de propreté comme dans toutes les opérations doivent précéder la laparatomie. La malade a été lavée à plusieurs reprises depuis son entrée ; l'avant-veille elle prend un grand bain, et la veille, un bon savonnage complète ce nettoyage. Les poils du pubis sont rasés soigneusement. Depuis plusieurs jours, le vagin est désinfecté par de grandes irrigations à l'eau bouillie ; s'il y a un peu de métrite du col ou du corps on fait de nombreux savonnages, et des irrigations à l'eau oxygénée.

L'avant-veille et la veille on donne une cuillerée à soupe de sulfate de soude dans un verre d'eau.

La malade est purgée, nettoyée, son vagin est désinfecté autant que faire se peut, elle est prête pour l'opération.

Pendant que le chirurgien se prépare, le pansement abdominal de la veille est enlevé, et un aide procède au dernier nettoyage la malade étant anesthésiée.

La cicatrice ombilicale saisie et dépliée par une pince de Kocher, est l'objet d'un savonnage spécial. L'ombilic désinfecté, toute la surface abdominale est savonnée

vigoureusement avec un tampon de paille de bois bouilli et stérilisé, imbibé de savon liquide, d'abord sur la ligne médiane, puis sur les régions sus et sous-ombilicale, les flancs, les aines, le pubis c'est-à-dire en allant du centre à la périphérie. Une grande compresse stérilisée, promenée de haut en bas enlève la masse de savon, et de l'éther, de l'alcool à 90° terminent le nettoyage. La malade est sondée, son vagin est vigoureusement savonné avec le doigt, recouvert d'une compresse imbibée de savon liquide ; puis une grande injection d'eau bouillie rince le vagin, et entraîne l'excès de savon qui recouvre la vulve.

L'aide qui a fait cette toilette ne participe pas à l'opération.

Le champ opératoire est bordé par quatre grandes compresses réunies par des pinces à pression.

L'opération (1).

(Procédé de M. Terrier.)

Incision de la paroi abdominale. — Quelques chirurgiens font encore l'incision de la paroi, la malade étant à plat ; il vaut mieux inciser en position inclinée, parce que les viscères tombent alors facilement vers la concavité diaphragmatique, et, dès l'ouverture du péri-

(1) C'est le développement des résumés qui suivent chaque observation. La chirurgie aseptique est assez connue pour qu'on nous excuse de ne pas la décrire dans tous ses détails.

toine, on trouve (sauf adhérences), le petit bassin complètement débarrassé d'anses grêles.

Une incision, de l'ombilic au pubis, divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose exclusivement, la malade étant à plat. On fait l'hémostase de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, et, sur chaque lèvre de l'incision, une compresse de gaze stérilisée recouvre les pinces et complète l'hémostase.

On met la patiente en position inclinée et on incise d'un bout à l'autre la ligne blanche; les deux muscles droits sont écartés, et laissent voir le feuillet postérieur de la gaine, qui est incisée à son tour; le péritoine recouvert de graisse apparaît, il est saisi avec une pince à griffes qui lui fait un pli, fendu au bistouri: les bords du petit orifice ainsi obtenu sont repérés avec deux pinces et, pendant que le doigt introduit dans l'abdomen protège intestin et épiploon, l'incision est agrandie en haut et en bas. Les lèvres péritonéales sont repérées avec des pinces à forcipressure, renversées de chaque côté et recouvertes de compresses stérilisées chaudes.

Le chirurgien ne doit pas encore satisfaire une curiosité qui le pousse à porter la main dans le ventre, il lui faut placer de chaque côté des écarteurs, et la grande valve sus-pubienne de Doyen, avec point d'appui interfémoral, qui attire fortement en haut l'angle pubien de l'incision. On regarde le petit bassin, mais on n'y touche pas, il faut encore faire la limitation du champ opératoire.

Trois grandes compresses stérilisées, chaudes, si grandes qu'il est impossible de les oublier dans le ventre,

sont placées l'une au milieu, sur les anses grêles refoulées vers le diaphragme, les deux autres, à droite et à gauche sont enfoncées jusqu'aux parois pelviennes ; par dessus ce premier champ, on dispose quelques compresses de gaze, plus petites, qui seront renouvelées au fur et à mesure et en tout cas ne pourront être non plus oubliées.

Alors seulement on procède à l'exploration du petit bassin ; s'il y a des adhérences épiploïques avec le péritoine vésical ou avec l'intestin, on essaie de les libérer ; parfois elles sont très lâches, cellulaires et facilement déchirables avec le doigt ; parfois aussi elles sont épaisses, le doigt ne suffit plus à les rompre, il faut les couper au bistouri, le plus loin possible de l'organe creux auquel elles adhèrent ; l'épiploon, détaché ou sectionné, est rabattu, après hémostase s'il y a lieu, sur les grandes compresses qui bordent le champ opératoire, et recouvert immédiatement d'une compresse chaude. Si, malgré les précautions prises, l'intestin est lésé, la déchirure sera aussitôt fermée par une suture à deux plans ou par un surjet, selon sa gravité.

Les adhérences intimes avec la vessie sont exceptionnelles.

Aller droit à l'utérus, c'est l'indication capitale. On le voit, il n'y a pas d'adhérences, ou bien elles sont peu denses, celluleuses, minces comme un voile : l'utérus est saisi par son fond avec une forte pince, et amarré vers l'angle ombilical de l'incision. On ne le voit pas, il est tombé en arrière dans le Douglas, des poches salpingiennes en masquant la vue ; il faut quand même se frayer

un chemin jusqu'à lui ; on prend ses points de repère, la vessie en avant, toujours reconnaissable, le rectum en arrière, et dans l'intervalle, en séparant la vessie du rectum, on arrive avec plus ou moins de peine sur l'utérus.

Quelque soit le procédé employé, il faut *libérer les annexes, enlever les annexes, amputer l'utérus* ; mais dans quel ordre pratiquer ces trois temps de l'opération ?

A. Il est des cas de salpingite suppurée, sans périsalpingite, où les trompes se présentent sous la forme de boudins, à parois assez minces, pour laisser voir leur contenu. Ces salpingites peuvent être *libérées* l'une après l'autre avec précaution, pour éviter leur rupture ; on *ampute* ensuite l'utérus, et la masse utéro-annexielle *est enlevée en un seul bloc*.

B. D'autres fois, une trompe est peu malade, elle est facilement énucléable, alors que la trompe opposée très malade, adhère fortement ; à ces cas, convient parfaitement le procédé américain *l'incision continue transverse* de Kelly. Le bistouri descend de haut en bas dans le ligament large libre, en dehors des annexes non adhérentes, tranche le col, puis attaque de bas en haut les annexes adhérentes, après bascule de l'utérus.

C. Dans un troisième cas, les deux trompes enclavées dans le Douglas, disparaissent avec l'utérus dans une masse d'adhérences, il faut se faire de la place et du jour : ici, l'ablation *première* de l'utérus s'impose ; avec le doigt, on rompt tant bien que mal les adhérences, afin d'arriver sur le fond de l'utérus, on le libère sur sa face postérieure, on le soulève avec une grosse pince à trac-

tion, et on l'ampute, par le procédé de Faure (*hémisection*), ou mieux par le procédé de Terrier (1), qui a l'avantage d'être aseptique.

La brèche laissée par l'ablation de l'utérus permet à la main d'évoluer facilement dans le petit bassin, et d'aborder les annexes par l'intérieur du ligament large au niveau duquel les adhérences sont pour ainsi dire insignifiantes.

Nous allons prendre pour description le cas typique des salpingites blennorrhagiques énucléables, qui permet d'enlever d'un seul tenant annexes et utérus.

Le secret de cette chirurgie, ce n'est pas d'être adroit, c'est de savoir opérer en *champ limité*; si des compresses bien placées, isolent parfaitement la cavité pelvienne, on peut crever impunément les deux trompes, le pus, qui est d'ailleurs peu septique ne se diffusera pas dans la grande cavité.

À droite et à gauche, on dégage les trompes d'une main légère (on peut les ponctionner avec un trocart, et faire l'aspiration du contenu si on craint leur rupture), il est préférable cependant de ne pas les vider, leur réplétion, leur élasticité, facilite beaucoup leur décortication, et le doigt qui les explore, en perçoit mieux les limites; on sectionne le pédicule ovarien; le ligament rond, et on taille au bistouri la collerette péritonéale antérieure à convexité supérieure, passant à un travers de doigt au-dessous de la petite ligne blanche, en relief,

(1) Les procédés de Terrier et de Faure sont exposés dans tous les livres de technique opératoire; il serait superflu d'en répéter ici la description.

qui marque la séparation du péritoine utérin brun rouge, et du péritoine vésical blanchâtre, cette ligne apparaît très nettement quand on attire l'utérus ; la collerette ainsi obtenue est repérée avec des pinces de Kocher, et détachée de haut en bas avec le doigt garni d'une compresse de gaze, ou le bec fermé des ciseaux mous-ses.

Bientôt, on sent battre sous le doigt, et on aperçoit dans le tissu péri-utérin, les artères utérines qui, après avoir formé leur crosse, montent le long des bords de l'utérus ; elles sont sectionnées entre deux pinces, et juste au-dessus de cette section, l'utérus est amputé au bistouri, à petits coups, en creusant, jusqu'à ce que la cavité cervicale soit mise à découvert ; on relève un peu la lame qui sort sur l'autre bord du col, en un point correspondant au point d'attaque. Le moignon est soulevé immédiatement par une pince de Kocher ; sa cavité d'abord cautérisée avec le gros couteau du thermo-cautère, est ensuite évidée soigneusement au bistouri, de telle façon qu'il ne reste plus ni muqueuse, ni glandes.

Le moignon est tout de suite fermé par quatre points séparés au catgut n° 1. puis on procède à la ligature des pédicules vasculaires, un fil de soie de grosseur moyenne étroit de chaque côté l'artère utérine, l'artère funiculaire, l'artère utéro ovarienne. « Ces ligatures sont passées avec l'aiguille de Reverdin autour de l'artère, de façon à prendre dans le nœud une très petite partie de tissu périartériel ; cette manière de faire, tout en permettant d'étreindre parfaitement le vaisseau, empêchera l'anse du fil de glisser. Si le nœud a été serré progres-

sivement et avec une traction constante, il donnera toujours une ligature satisfaisante » TERRIER.

Enfin, la collerette péritonéale antérieure est rabattue au dessus du moignon utérin et mise au contact du péritoine postérieur, les deux bords repérés à mesure avec une pince à griffes, sont réunis par un surjet à la soie moyenne, qui enfouit au-dessous de lui les moignons vasculaires des utérines, des utéro-ovariennes et des ligaments ronds; en arrêtant le surjet tous les quatre ou cinq points, la ligne de suture est très nette, nullement froncée; on a ainsi restitué au petit bassin un revêtement séreux continu, lisse et étanche. Si aucun abcès n'a été ouvert, si l'opération a été toute entière aseptique, il est inutile de drainer; ce sont les cas faciles.

Si une trompe a été crevée, si un abcès périsalpingien s'est vidé, s'il y a eu des adhérences dont la libération a laissé des surfaces dépolies, saignantes, il faudra s'appliquer à remettre du péritoine partout où il en manquera, et il faudra drainer.

Il faut *drainer* encore et *péritoniser* soigneusement, quand on a opéré de ces salpingites anciennes très adhérentes, dont l'extirpation a laissé des surfaces irrégulières, cruentées, saignantes, au niveau desquelles l'infection est imminente.

La collerette antérieure, si on a pu la tailler, n'est pas assez grande pour recouvrir ces surfaces, il faut aller prendre du péritoine ailleurs, sur la vessie, le méso-côlon, l'S iliaque. Chez la femme, l'anse sigmoïde est très basse et très mobile, il est facile la plupart du temps de la suturer au péritoine vésical, en lui faisant

décrire une courbe qui l'amène au contact des surfaces dénudées, auxquelles on la suture également. Si cette anse sigmoïde avait subi des altérations telles qu'elle ne puisse être mobilisée : on se contenterait de suturer au péritoine les franges épiploïques ; ces franges suffisent à éviter un contact direct de l'intestin avec les surfaces cruentées, et par suite des adhérences, cause possible de tiraillements douloureux et même d'occlusion intestinale.

On a formé ainsi, tant bien que mal, une sorte de cloison séreuse entre la cavité du petit bassin et la grande cavité péritonéale : l'espace ainsi créé au-dessous de cette cloison s'efface dès que la malade est replacée en position horizontale, par suite de la pression des anses grêles. Un drain en caoutchouc, gros comme le doigt, et portant quelques orifices près de son extrémité inférieure effondre cette cloison et plonge jusqu'au fond de la cavité pelvienne, au point correspondant au cul-de-sac de Douglas ; son bout supérieur vient sortir à l'angle pubien de l'incision.

Mais avant de refermer, il faut jeter un coup d'œil sur l'appendice très souvent malade dans les annexites suppurées, et l'enlever malade ou non. Il est évident que si l'opération, très pénible, était mal supportée par la malade, on n'insisterait pas pour enlever un appendice sain.

L'opération est à demi terminée ; il reste encore à faire la suture de la paroi. La malade est remise dans la position horizontale ; la masse intestinale vient se placer sur la couverture péritonéale ; on rabat par-dessus l'épi-

ploon, on enlève les trois grandes compresses de toile, et avec elles les autres compresses de gaze, plus petites, qui garnissaient le champ opératoire.

SUTURE DE LA PAROI. — La paroi est suturée minutieusement en prenant tout le temps nécessaire ; la durée de la suture pariétale est aussi longue que celle de l'hystérectomie. Un premier plan de points séparés et de points en U à la soie très fine ferme le péritoine (le péritoine supporte très bien la fine soie). On peut aussi employer un surjet de catgut n° 1 pour fermer le péritoine ; des points séparés au catgut, tous les deux centimètres environ, réunissent l'aponévrose antérieure bien affrontée, de la gaine des droits. La peau est suturée aux crins de Florence.

Soins post-opératoires. — Le pansement qui suit l'opération est, comme pour toute laparatomie, aseptique, absorbable et compressif. Quand on n'a pas drainé, on peut le laisser en place toute une semaine, si la température reste basse.

Dès que l'opérée a repris connaissance, on lui fait une injection de 500 ou 1.000 gr. de sérum, afin de remonter l'état général ; ces injections sont renouvelées avec avantage quelques heures plus tard, le soir, dans la nuit, ou les jours suivants, si l'état du pouls et la courbe de température en indiquent l'emploi ; on peut aussi leur associer dans certains cas de grande dépression des piqûres d'éther et de caféine.

A quelques malades de nos observations, on a donné, dans les 24 heures, jusqu'à 3.000 grammes de sérum et

12 piqûres d'éther ou de caféine. Inutile de dire que toutes les urines sont analysées, le moindre signe d'insuffisance rénale étant une contre-indication formelle à l'emploi du sérum. Si on a fait un drainage, le pansement sera renouvelé tous les jours, et le contenu du drain aspiré avec l'appareil de Potain. Cette aspiration est pratiquée tant qu'il y a exsudation de liquide louche, quand elle ne donne plus de résultats vers le troisième ou quatrième jour en général, le drain est changé et remplacé par un ou deux drains successifs de plus petit calibre, que l'on supprimera vers le dixième jour, à moins de persistance des sécrétions, « dans des cas exceptionnels le drain fournissant une certaine quantité de liquide séro-purulent odorant (*bacterium coli*), on sera autorisé à pratiquer dans son intérieur des injections, soit avec l'eau oxygénée étendue, soit simplement avec le sérum artificiel stérilisé. » TERRIER.

La malade est sondée le premier jour ; les jours suivants elle peut uriner seule. Si elle ne rend pas de gaz le deuxième ou le troisième jour, on facilite leur évacuation avec une grosse sonde rectale à demeure : on peut aussi donner un lavement glycérimé.

La première selle se produit d'ordinaire vers le quatrième jour ; alors on commence à alimenter légèrement la malade restée à la diète liquide absolue, à moins que l'intestin n'ait été lésé pendant l'opération ; dans ce cas, il faudrait l'immobiliser au moins huit jours.

Les fils profonds de la suture pariétale sont enlevés au huitième jour, les fils superficiels au dixième jour.

La malade se lève pour la première fois vers la fin de

la troisième semaine et sort de l'hôpital quelques jours plus tard.

La plupart de ces détails sont notés au bas de nos observations.

REMARQUES SUR QUELQUES POINTS DE TECHNIQUE

Il y a, dans l'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées, quelques points de technique dont l'importance demande à être signalée, ce sont : *le traitement du moignon utérin, les ligatures, l'appendicectomie, la péritonisation et le drainage.*

Traitement du moignon utérin. — Les premiers insuccès de l'hystérectomie subtotale étaient dûs en partie à la taille incomplète du moignon ; la muqueuse cervicale étant laissée à peu près intacte, les germes infectieux y pullulaient et arrivaient à forcer la barrière péritonéale, d'où les accidents que l'on devine. Il faut que le col soit coupé très bas ; il ne doit subsister qu'une simple rondelle, qui sera thermocautérisée lentement et profondément ; puis avec le bistouri, on évide le tissu cervical en *pomme pourrie* jusqu'à ce qu'il ne reste plus rien de la muqueuse et de ses glandes qu'une simple coque périphérique.

Les deux lèvres antérieure et postérieure du moignon utérin sont ensuite réunies par un surjet, ou par quatre

points séparés au catgut n° 1, jamais à la soie, qui se résorbe mal, et a l'inconvénient de s'inoculer dans les tissus utérin ou périutérins ; nous nous rappelons une observation où le fil de soie ayant perforé la vessie devint le centre d'un calcul.

Kelly nous écrit qu'il se trouve bien de suturer au moignon la portion inférieure du ligament rond afin de soutenir la voûte du vagin ; cette pratique très judicieuse mérite d'être connue.

Les ligatures. — Les ligatures sont faites à la soie *fine* ; au moment où il fait les ligatures, le chirurgien doit avoir les mains *aseptiques*, bien souvent, c'est lui qui infecte les fils. « Le fil qui lie l'utérine sera porté le plus loin possible pour avoir une hémostase parfaite », dit M. Terrier. C'est en effet de la situation basse de la ligature qu'il dépend d'avoir un moignon cervical étanche.

L'appendicectomie. Il existe chez la femme une appendicite secondaire, d'origine annexielle, préparée par l'annexite première en date. La coexistence de ces lésions s'explique par la fréquence chez la femme, de la situation pelvienne de l'appendice et de son contact avec des trompes malades, contact longtemps maintenu par les adhérences péritonéales.

On a vu des malades, allant tout à fait bien de leur hystérectomie, présenter quelques jours après l'opération des symptômes de réaction appendiculaire, parfois tels, qu'une nouvelle intervention s'imposait. Aussi faut-il systématiquement, au cours de toute hystérectomie abdominale, constater l'état de l'appendice ; autrefois

M. GOSSET n'enlevait que les appendices malades ; aujourd'hui, il les enlève tous, malades ou non (à moins que l'état de la patiente ne permette une prolongation de l'opération) la lecture de l'observation III suffit à justifier cette conduite. Cette malade avait subi une hystérectomie subtotale pour salpingite suppurée en avril 1901 ; six mois après l'opération apparaissent quelques douleurs appendiculaires qui vont s'exacerbant jusqu'en juin 1903 époque où la malade entre à la Pitié pour être opérée à nouveau par M. Gosset.

L'année dernière encore, le 17 août 1903, M. Gosset opère une salpingite droite suppurée, par hystérectomie abdominale totale ; cette opérée revient dans le service en février 1904 avec des accidents d'appendicite.

A l'ouverture du ventre, on ne trouve pas l'appendice dans la région cœcale ; le registre consulté ne fait pas mention d'une appendicectomie au moment de la première intervention ; on finit cependant par trouver cet appendice excessivement adhérent, incrusté dans la paroi cœcale. Ces faits d'appendicite après annexite suppurée, ne sont donc pas rares et méritent d'attirer l'attention.

Il faut, toutes les fois qu'on a fini de traiter la lésion annexielle, exercer une légère traction sur l'extrémité externe du ligament large, on voit alors le plus souvent un cordon de dimensions variables (quelquefois 10 à 12 centimètres) se dessiner dans une direction oblique de bas en haut et d'avant en arrière, pour aboutir en haut, au niveau du cœcum ; on ne le confondra pas avec l'u-

reterie, qui est plus superficiel et n'a pas les mêmes rapports.

La péritonisation. — « La péritonisation de toutes les surfaces cruentées, qui doit à l'heure présente être considérée comme un principe fondamental de la chirurgie abdominale » dit Quénu, acquiert dans l'hystérectomie subtotale une importance particulière ; en faisant disparaître les poins dénudés, on supprime à ce niveau toute exsudation, ce qui diminue les chances d'infection, et puis on évite la production d'adhérences qui peuvent provoquer parfois une occlusion post-opératoire par couture de l'intestin.

Avant de péritoniser, le petit bassin sera minutieusement débarrassé des moindres fragments de trompes ou d'ovaires restés adhérents, des clapiers hémorragiques ou purulents ; à vouloir appliquer la méthode en pareil cas, on risquerait de voir se constituer à bref délai, une collection sous-péritonéale.

Si le méso de l'S iliaque très court s'oppose à ce que ce dernier soit attiré tout entier en avant, il ne faut pas insister, on provoquerait sûrement des tiraillements très douloureux ; l'extrémité la plus mobile sera fixée au péritoine du Douglas ; dans ce cas, la réparation est incomplète, mais un bon drainage empêchera toute complications.

Le drainage. — Quand l'opération a été menée toute entière d'une façon aseptique, quand la cavité pelvienne est parfaitement péritonisée on peut s'abstenir de drainer. Mais, dans la majorité des cas, il n'en est pas ainsi ; la péritonisation n'est pas complète, on laisse des surfa-

ces suintantes ou qui menacent de suinter, il faut drainer. Loin de croire avec Dührsen que le drainage en pareils cas est « une complication à éviter » nous sommes convaincus au contraire, que de l'application de ce point technique défend pour beaucoup le succès opératoire.

Certains chirurgiens qui ne savent pas opérer, mais qui drainent très bien: ont des résultats excellents.

Nous drainons toujours par le ventre, toujours sans inconvénients; de tous les reproches adressés à ce mode de drainage aucun ne nous a paru justifié chez les malades de nos observations; nous n'avons jamais vu l'infection du trajet, la cicatrisation s'est faite rapidement, le drain étant renouvelé fréquemment et changé contre un autre de volume plus petit; la paroi est aussi solide au niveau de l'emplacement du drain que sur les autres points de la cicatrice.

CHAPITRE V

Résultats obtenus par l'hystérectomie abdominale subtotale d'après nos observations

Gravité opératoire. Résultats immédiats

Résultats éloignés

A. GRAVITÉ OPÉRATOIRE

Nous voulons d'abord faire remarquer que nos observations concernent seulement des annexites uni ou bilatérales, graves, suppurées, et compliquées pour un certain nombre d'appendicite, de fibromes utérins, de kystes ovariens, et cependant l'examen de ces observations permet de mettre en évidence un point important au sujet du pronostic opératoire immédiat. C'est la bénignité remarquable de l'intervention ; à n'envisager que la statistique de ces 43 observations cela peut paraître exagéré puisque nous avons deux morts.

Mais ces morts sont-elles imputables à l'hystérectomie ? évidemment non, et pour le démontrer nous n'avons qu'à lire ces deux observations.

La première (Obs. XIX), a trait à une femme de 26 ans, ayant depuis deux ans un prolapsus utérin, et une double salpingite gonococcique.

Elle est entrée très cachectisée et a succombé à une infection généralisée ainsi que le montre sa courbe de température.

Le deuxième décès est relatif à une femme (Obs. XXVIII) de 35 ans. Après l'opération l'état général était des plus satisfaisants, comme le montre la courbe de température ; la malade commençait à s'alimenter. Le sixième jour, vers midi, comme elle venait de prendre un bol de bouillon, elle eut brusquement une syncope mortelle.

Il ne viendrait à l'esprit de personne d'affirmer que cette malade est morte des suites de l'hystérectomie la courbe de température prouve que l'opération a été irréprochable. La mort a été provoquée sans doute (l'autopsie n'a pu être faite) par quelque lésion cardiaque. Ce cas tout particulier s'éliminant de lui-même, reste le premier, si la malade n'avait pas été opérée elle serait peut être morte, mais n'aurait sûrement pas guéri, et une opération autre que l'hystérectomie aurait eu très vraisemblablement le même résultat sur un terrain tout préparé pour l'infection.

En mettant le premier décès à l'actif de l'hystérectomie abdominale subtotale ; nous avons ainsi une mortalité de 2,3 pour cent ; c'est vraiment peu, quand on considère la gravité et la complexité des cas opérés (obs. V, XIII, XXX, XXXVIII) rarement nous avons eu à opérer de simples salpingites suppurées, fréquemment nous avons dû enlever des appendices malades, des fibromes, des kystes : certaines salpingites (obs. VI et XXXI) ont même été opérées en poussée aiguë.

B. Résultats immédiats.

Ils sont excellents ; la lecture de nos observations montre que nous n'avons eu aucune alerte au cours de la guérison ; s'il y a de la température, on la voit s'abaisser dès le jour même et en quelque jours revenir au taux normal.

Les opérés se lèvent pour la première fois vers le vingtième jour, et quittent l'hôpital, guéries, prêtes à reprendre leur travail, vers la fin de la quatrième semaine en général.

c. Résultats éloignés

Sur les 44 malades (nous n'avons pas compris dans la statistique la malade de l'obs. XXXII) ancienne salpingectomie) opérées par M. Gosset, nous avons pu en joindre 36, ou avoir de leurs nouvelles par correspondance, les huit absentes ayant donné de fausses adresses, n'ont put être retrouvées.

Toutes les opérées à qui nous avons demandé des nouvelles de leur santé, ont spontanément répondu qu'elles allaient très bien (exception faite pour l'ancienne malade de l'obs. XXV, anémie intense). Cette réponse ne nous a pas suffi, et nous avons tenu à connaître ces accidents de l'insuffisance ovarienne, dont la gravité a été tant de fois proclamée.

La plupart ont eu des bouffées de chaleur il y a des exceptions, elles sont notées au bas des observations, plus ou moins fréquentes, plus ou moins intenses, mais jamais au point de les amener à consulter ; d'ailleurs, ces malaises disparaissent au bout de quelques mois, six mois à un an environ. Les troubles psychiques, l'amnésie, les changements de caractère, nous ne les avons jamais notés.

L'opérée de l'observation VIII, à qui on a laissé l'ovaire droit, a quelques maux de tête et parfois des cauchemars, nous aurions bien voulu interroger au sujet de ces troubles, l'opérée de l'obs. VII, à qui on a également laissé un ovaire ; il est curieux de constater que la malade non castrée totalement ne va pas mieux que telle autre ayant subi la castration bilatérale.

Nous ne pouvons conclure d'après une seule observation ; nous constatons seulement que la plupart des anciennes malades totalement castrées sont en très bonne santé et ne se plaignent d'aucun trouble, alors que telle autre ayant conservé un ovaire n'a pas échappé à certains troubles de l'insuffisance ovarienne.

Jamais non plus nous n'avons trouvé une ancienne opérée obèse, la plupart ont très bon appétit, souvent même exagéré, mais l'obésité fait défaut.

Nous n'avons pas eu la prétention d'apporter des faits nouveaux à l'étude de l'hystérectomie subtotalaire pour annexites suppurées, nous présentons seulement quelques observations consciencieuses d'annexites suppurées guéries radicalement par l'hystérectomie subtotalaire.

Sans doute l'opération est très radicale, et c'est évi-

demment un grand sacrifice pour une femme jeune, d'être privée de son utérus, mais la guérison est à ce prix ; toutes nos opérées appartiennent à la classe pauvre ; leurs professions les obligent à des travaux pénibles et permanents ; toute espèce de traitement prolongé et incertain leur est interdit ; il leur faut guérir vite et sûrement.

L'hystérectomie abdominale subtotale paraît seule devoir donner ces résultats.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Toutes les observations publiées dans ce travail sont inédites (première partie de l'obs. III exceptée, in th. Delage). Nous les devons à l'obligeance de notre maître M. Gosset.

Obs. I (Gosset). — *Salpingite droite suppurée. ancienne salpingectomie gauche par M. Lucas-Championnière. Hystérectomie abdominale sus-vaginale, drain.*

Ad. H..., 23 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Hystérectomie sus-vaginale par M. Gosset, (*observation manque*). Sortie guérie le 8 mai.

Depuis pas de nouvelles (fausse adresse).

Obs. II (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Appendicite. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Appendicectomie,*

Louise Du..., 49 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier, le 24 janvier 1901.

Réglée à 13 ans et depuis très bien.

Le 28 octobre 1899, la malade a été traitée pour une appendicite, douleur dans la fosse iliaque droite, fièvre, vomissements, cet état persiste deux mois environ. Au mois de décembre, un abcès s'ouvre dans le vagin et coule jusqu'au mois de juin.

En janvier 1901, légères douleurs dans le bas-ventre, surtout

au niveau de la fosse iliaque droite, la malade se décide à entrer.

Après quelques jours de repos, les douleurs disparaissent et la palpation peut être facilement pratiquée. On trouve à droite et à gauche, au-dessous de la ligne ombilico-iliaque et près de l'arcade crurale, une tuméfaction du volume d'un petit œuf.

Au toucher, col qui regarde en avant, consistance normale, orifice étroit ; le fond de l'utérus est senti dans le cul-de-sac postérieur. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve une petite tumeur grosse comme une noix, douloureuse. Le cul-de-sac latéral droit est simple et indolore.

Opération le 24 janvier 1901, par M. Gosset, aidé de M. Alexandre. Chloroforme. par M. Boureau. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Appendicectomie.

Pièces : Utérus petit, cavité dilatée, muqueuse épaissie. Trompes allongées, minces, adhérentes remplies de pus. Ovaire très gros, polykystique.

Appendice petit, contourné et adhérent. Cavité dilatée contenant une boulette de matière fécale, la muqueuse est épaissie. petits grains calcaires sur sa face profonde.

Cultures : fond de l'appendice : Bactérium coli et diverses bactéries.

Trompe droite, bactérium coli pur.

Trompe gauche stérile.

Suites opératoires normales.

Résultats éloignés : Pas de nouvelles (fausse adresse)

Obs. III. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Ocaires scléro-kystiques. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Appendicectomie secondaire.*

Eugénie B..., 30 ans. entre le 22 mars 1901 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 18 ans et demi, régulièrement pendant cinq à six jours. A 23 ans, première grossesse normale et seconde grossesse heureuse à 25 ans. Fausse couche de deux mois environ en 1897. Depuis, pertes blanches abondantes. En février dernier, la malade s'est purgée pendant ses règles et dit qu'elles se sont arrêtées le lendemain même, ressentant des douleurs si vives qu'elle dut s'aliter. Depuis, elle a toujours souffert. Au début de mars, elle a eu ses règles pendant huit jours au lieu de cinq.

Etat actuel. Douleurs vives dans le bas ventre, à gauche, col de l'utérus un peu augmenté de volume seulement. On sent au-dessus de la symphyse le fond de l'utérus dont le corps est repoussé en avant. Le cul-de-sac droit est un peu effacé ainsi que le cul-de-sac gauche. Le cul-de-sac postérieur, fortement déprimé, dur, douloureux à la pression, est rempli par une masse irrégulière dure et bosselée qui refoule l'utérus et aplatit le rectum. Par le toucher rectal on reconnaît les mêmes caractères à la tumeur qui tombe dans le cul-de-sac postérieur, grosse comme une noix.

Opération le 4 avril 1901 par M. Gosset, aidé de MM. Delage et Alglave. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les annexes sont du volume du pouce et suppurées. On les libère des adhérences qui les rattachent au fond du cul-de-sac postérieur, où elles sont tombées avec les ovaires, et à la face postérieure de l'utérus.

Isolement des annexes avec les ciseaux ; ablation des annexes après section des pédicules utéro-ovariens, puis de l'utérus par section sus-vaginale. Drain. Suture de la paroi. Durée : quarante minutes.

Suites opératoires. — La malade oscille entre 37,2 (soir de l'opération) et 37,6 pendant trois jours. Puis sa température reste entre 36,6 et 37. On enlève le drain le quatrième jour.

Examen des pièces. Utérus un peu augmenté de volume, parois épaissies ; muqueuse atteinte de métrite fongueuse. Les

deux trompes, volumineuses, contournées, dont le pavillon n'est pas oblitéré, ont des parois très épaissies ; leur muqueuse est enflammée. Le léger exsudat de la muqueuse est stérile. Les deux ovaires sont scléro-kystiques.

Sortie le vingt-deuxième jour.

Résultats éloignés. — Revue en janvier 1903 très bien portante, quelques douleurs dans l'hypochondre droit, dues à de l'inflammation appendiculaire comme le montre l'observation ci-dessous.

Six mois après l'opération, vagues douleurs dans l'abdomen surtout à droite ; au mois d'avril 1903, les douleurs se localisent nettement au niveau de la fosse iliaque droite et sans cesse s'exacerbant, la malade entre le 22 juin 1903.

Examen. — On sent à droite sur le moignon utérin une petite masse ronde, dure, un peu mobile. Le diagnostic de fibrome greffé sur le moignon avait été déjà fait en ville.

Opération par M. Gosset, 29 juin 1903.

Tout le paquet épiploïque adhère au péritoine vésical à droite de la ligne médiane et en même temps enveloppe l'extrémité inférieure du cœcum. Libération des adhérences très résistantes. Quelques gouttelettes de pus dans le voisinage ; l'appendice très malade est induré.

Ablation de l'appendice. — Ligature du méso, section de l'appendice à sa base. section de l'appendice au thermo-cautère. Ligature de l'épiploon par pédicules isolés après écrasement. Un drain.

Il reste au fond du petit bassin une surface dénudée de péritoine, large de un centimètre, longue de deux à trois centimètres, mais il est impossible de ramener sur cette surface l'S iliaque qui a un méso très court.

On se contente donc de mettre un drain et de suturer. Durée 40 minutes.

Suites opératoires. Courbe de température avec oscillations de 37,5 à 38,5 pendant un mois.

L'aspiration du drain est pratiquée pendant 70 jours.

La malade sort seulement le 17 septembre 1903.

Revue en juin 1904 en très bonne santé.

Constipation opiniâtre.

OBS. IV (Gosset).— *Salpingite gauche suppurée. Hysterectomie abdominale sus-vaginale.*

Eugénie B., 41 ans, entre le 10 mai 1901 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 13 ans, très régulièrement. A 24 ans, étant enceinte de deux mois et demi, douleurs dans le bas-ventre, et pertes rouges avec gros caillots, la grossesse évolue heureusement jusqu'au neuvième mois — accouchement normal — Trois autres accouchements normaux séparés par des intervalles de trois ans.

Depuis son dernier accouchement, il y a trois ans, la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre, quelques jours avant les règles les rapprochements sexuels très douloureux sont suivis d'une perte abondante.

Le 16 janvier 1901, apparitions des règles normales ; le mois suivant rien : en mars douleurs très vives dans le bas-ventre, et nécessitant le repos au lit ; vomissements, pertes sanguinolentes, avec caillots et membranes ; ces pertes sont peu abondantes jusqu'à la fin du mois d'avril ; à cette époque, la malade s'étant levée depuis quelques jours, a été prise de violentes coliques, et les pertes qui s'étaient modérées, redoublent d'intensité — le 8 mai, hémorrhagie très abondante avec caillots.

Entre à l'hôpital le 11 mai — le 12, un curettage pratiqué par M. Alglave donne issue à de nombreux débris de placenta drain à demeure et depuis lavages intra-utérins tous les jours.

Au toucher, col gros, entr'ouvert, à lèvre antérieure hyper-

trophée. Le fond de l'utérus ne peut être perçu par le palper abdominal. Dans le cul-de-sac antérieur, on trouve une masse du volume d'une orange, étendue de la paroi pelvienne à l'utérus, dont elle est séparée par un sillon. Cette masse se continue en arrière dans le cul-de-sac postérieur ; on sent là une masse volumineuse, grosse comme les deux poings, s'étendant surtout dans le cul-de-sac latéral gauche.

Opération le 17 juin 1901 par M. Gosset.

Chloroforme par M. Bureau.

Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain Peritonisation à la Bardenhauer.

Pièces : Utérus, annexes gauches.

Utérus volumineux, parois de 2cm. 1/2. muqueuse fongueuse annexes gauches : Kyste de l'ovaire du volume d'un œuf à parois épaisses et fibreuses.

Trompe épaissie, muqueuse hypertrophiée, adhérant au kyste avec contenu purulent.

Cultures du liquide de la trompe négatives.

Après l'opération, 1.000 gr. sérum ; le soir : 500 gr. sérum, T. 37. P. 84.

Dans la nuit : 1.000 gr. sérum.

Le 18 juin, matin : 1.000 gr. sérum, T. 38,2, P. 104 ; le soir : 500 gr. sérum, P. 110, T. 38,5.

Le 19, matin : 1.000 gr. sérum, T. 38,5, P. 110 ; le soir : 500 gr. sérum., T. 39,5, P. 110.

Le 20, matin : 500 gr. sérum, T. 37,5, P. 100 ; le soir : 500 gr. sérum, T. 39,5, P. 110.

Le 21, matin : 500 gr. sérum. T. 38,8, P. 96 ; le soir : 500 gr. sérum, T. 39,2, P. 96.

Le 22, matin : 500 gr. sérum, T. 37,5, P. 90 ; le soir : 500 gr. sérum, T. 38,8, P. 90.

Le 23, matin : 1.000 gr. sérum, T. 37,5, P. 90 ; le soir : T. 38,2, P. 90.

Le 24, matin : 500 gr. sérum. T. 37,5, P. 90 ; le soir : 500 gr. sérum, T. 38,2, P. 90.

Le 25, matin : T. 37,2, P. 90 ; le soir : T. 38, P. 90.

Ablation des fils profonds le 27, des fils superficiels le 30.

Les 2, 3, 4 et 5 juillet, lavage au sérum dans le drain.

L'aspiration est pratiquée jusqu'au 5 juillet.

Le drain est enlevé le 19 juillet. Première sortie le 30 juillet. Sortie de l'hôpital le 7 août.

Revue en mars 1904, très bien portante. Continue son métier (femme de ménage) sans fatigue.

OBS. V. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Fibrome
Hystérectomie abdominale sus-vaginale.*

Aurélie L..., 40 ans, entre le 6 juin 1901, à la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement jusqu'à 22 ans. Règles abondantes avec, depuis 5 à 6 ans, de pertes blanches dans l'intervalle. Un accouchement, il y a un an ; une fausse couche de 6 mois, il y a trois semaines, et suivie d'une élévation de température. Depuis, douleurs abdominales très vives surtout dans la fosse iliaque droite.

Au toucher, col normal, un peu déchiré. Le fond de l'utérus est senti à deux travers de doigt au-dessus de la symphise ; les culs-de-sac antérieur et postérieur sont libres ainsi que le cul-dè-sac gauche, le cul-de-sac droit est distendu par une masse arrondie, dure, roulant sous le doigt et douloureuse.

Le 19 juin, hystérectomie abdominale sus-vaginale par M. Gosset. On trouve un gros fibrome (2.030 grammes) développé dans la paroi postérieure de l'utérus. L'ovaire gauche contient un kyste séro-hématique du volume du pouce et la trompe droite est suppurée.

Après l'opération, 1.000 gr. sérum ; soir : T. 37, P. 80. 500 gr. sérum, dans la nuit : 500 gr. sérum.

Le 20 juin, matin : T. 37,4, P. 90, sérum 500 gr.; soir : T. 38,2, P. 90. sérum 500 gr.

Le 21, matin : T. 37,2, P. 84, sérum 500 gr.; soir : T. 38, P. 84.

Le 22, matin : T. 37,2, P. 90; soir : T. 28, P. 90.

Le 23, matin : T. 37,2, P. 80; soir : T. 37,4, P. 80.

Ablation du drain, le 25, des fils profonds, le 27; des fils superficiels, le 29. Sortie le 10 juillet 1901.

Résultats éloignés. Revue en mai 1904, ne se plaint de rien, très bon appétit.

OBS. VI. (Gosset.) — *Double salpingite suppurée opérée à l'état aigu. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain abdominal et drain vaginal.*

Aurélié R..., 38 ans, entre le 18 juin 1901, à l'hôpital de la Pitié, service du Dr Terrier.

Réglée à 13 ans, les règles ont toujours été irrégulières, durant 10 à 12 jours, douloureuses; elles n'étaient précédées d'aucun trouble. Mariée en 1881, deux accouchements tous les deux difficiles; le premier enfant est mort, il y a 19 ans, de méningite tuberculeuse; le deuxième est mort deux ans plus tard de cause inconnue. Pas de fausses couches; toujours quelques pertes blanches dans l'intervalle des règles. Le 18 juin, la malade a été prise, après un coït, de douleurs très vives au niveau de l'hypogastre; ces douleurs lancinantes, continues, irradiaient vers les membres inférieurs.

Opérées à l'état aigu vers le 1^{er} juillet 1901 par M. Gosset. Hystérectomie abdominale sus vaginale. Ablation des annexes, drainage abdominal et drainage vaginal.

Pièces : utérus à parois, épaisses 2 cent. 1/2, muqueuse peu épaisse, nombreux débris de poches purulentes et de tissus enflammés. Les deux trompes sont volumineuses, leur pavillon est oblitéré, elles contiennent du pus.

Examen direct du pus. Leucocytes polynuclées ; petits bacilles très courts ; le bacille qui se trouve en culture pure dans le pus ne cultive que sur gélose additionnée de sérum (à déterminer) :

Après l'opération sérum, 1.000 gr. soir, T. 37. P. 110, 2 piq. caféine ; 1.000 gr. sérum, 2 piq. éther ; dans la nuit, 1.000 gr. sérum, 2 piq. caféine.

Le 2 juillet, matin : 1.000 gr. sérum, T. 37,5, P. 110, 2 piq. caféine ; soir : T. 38, P. 100, 1.000 gr. sérum, 2 piq. caféine.

Le 3, matin : T. 37,1, P. 90, 500 gr. sérum ; soir : T. 37,2, P. 90, sérum, 500 gr.

Le 4, matin : T. 37,2, P. 90 ; soir : T. 37,5, P. 96.

Sortie le 15 août 1901.

Résultat éloignés : revue en bonne santé en mai 1904.

OBS. VII. (Gosset.) — *Salpingite double suppurée. Uterus en rétroflexion. Hystérectomie abdominale sus-vaginale avec conservation de l'ovaire droit.*

Augustine B..., 34 ans, entre à la Pitié, service du Dr Terrier, le 4 juillet 1901.

Réglée à 12 ans, et depuis très bien tous les mois, pendant sept à huit jours ; légères pertes blanches dans l'intervalle des règles. Mariée à 28 ans, elle accouche un an plus tard d'un enfant bien portant. A 33 ans, vers le mois de mai 1900, la malade a un retard de règles de six semaines ; puis, à la suite d'une fatigue, elle a plusieurs syncopes ; elle s'alite, et aussitôt apparaît une métrorrhagie avec caillots et débris de membranes. Elle reste deux mois couchée.

Depuis cet accident, les règles viennent comme précédemment, la leucorrhée augmente d'intensité, elle empèse et tache le linge ; état général mauvais, fréquentes lipothymies. Il y a

quinze jours, brusques douleurs dans le bas ventre, au niveau de la fosse iliaque gauche ; ces douleurs persistent au moment de l'entrée à l'hôpital.

Au toucher, col en position normale, *regardant* dans l'axe du vagin, l'orifice admet l'extrémité de l'index, il est un peu ramolli. Le fond de l'utérus n'est pas senti au-dessus de la symphyse. Le cul-de-sac antérieur est libre ainsi que le cul-de-sac latéral droit. Les culs-de-sac latéral gauche et postérieur sont empâtés ; en arrière et à gauche on trouve une tuméfaction du volume d'un œuf, douloureuse à la pression.

Opération le 17 juillet 1901, par M. Gosset.

Hystérectomie abdominale sus-vaginale avec conservation de l'ovaire droit.

Pièces : utérus et annexes. Utérus de volume normal, muqueuse très épaissie, fongueuse ; mucosités purulentes. Trompe droite, petite, légèrement enflammée. Trompe gauche augmentée de volume, bosselée, contenant un peu de pus. L'ovaire gauche est scléro-kystique.

Suites opératoires : 1.000 gr. sérum le matin de l'opération ; le soir : T. 37,2, P. 100, 1.000 gr. sérum.

Le 18 juillet, matin : 1.000 gr. sérum, T. 37,5, P. 104 ; le soir, T. 37,5, P. 110, 1.000 gr. sérum.

Le 19, matin : 1.000 gr. sérum, T. 37,2, P. 100 ; soir : T. 38,5, P. 100, sérum, 500 gr.

Le 20, matin : 1.000 gr. sérum, T. 37,8, P. 96 ; soir : T. 38, P. 96.

Le 25, ablation des fils profonds.

Le 27, ablation des fils superficiels. -

Le drain est enlevé le 2 juillet, il est remplacé le 7 et enlevé à nouveau le 13.

Sortie le 16 août 1901.

Résultats éloignés : nous n'avons pu interroger cette opérée qui habite hors Paris, mais nous savons qu'elle est en bonne santé et n'a pas cessé son métier, femme de ménage.

OBS. VIII (Gosset). — *Salpingite gauche suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale avec conservation de l'ovaire droit.*

Marguerite J..., 32 ans, entre le 8 juillet 1901 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 19 ans 1/2 et depuis, toujours très bien ; deux ou trois jours avant l'apparition des règles, quelques douleurs dans le bas-ventre. Mariée depuis quatre ans ; pas d'enfants, pas de fausses couches. Depuis un an environ, la malade a des pertes blanches qui ont augmenté progressivement ; aucun trouble de la miction. Il y a un mois qu'elle souffre du ventre ; les douleurs siègent à l'hypogastre, dans les fosses iliaques, sans irradiation, ce sont des douleurs lancinantes, qui augmentent d'intensité après les fatigues. Constipation opiniâtre depuis de longues années ; par de troubles digestifs.

Au toucher, col dur, gros, à lèvre postérieure hypertrophiée, l'orifice entr'ouvert admet l'extrémité de l'index.

Le fond de l'utérus n'est pas perçu au-dessus de la symphyse. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une corde tendue, douloureuse. Le cul-de-sac droit est souple. Dans le cul-de-sac postérieur, masse dure, grosse comme un petit œuf.

Opération le 15 juillet 1901, par M. Gosset. Aide Alglave. Chloroforme : Boureau.

Hystérectomie abdominale sus vaginale. Conservation de l'ovaire droit. Les annexes gauches adhèrent à l'intestin grêle, il faut les libérer afin de lier le pédicule utéro-ovarien gauche. Drain abdominal.

Après l'opération : 1.000 gr. sérum ; soir : T. 37,2, P. 84, 500 gr. sérum. Dans la nuit, 500 gr. sérum.

Le 16 juillet, matin : 500 gr. sérum, T. 37,5, P. 84 ; soir : T. 38, P. 84, 500 gr. sérum.

Le 17, matin : 1.000 gr. sérum, T. 37,5, P. 84 ; soir : T. 37,5, P. 84.

Le 18. matin : T. 37,2, P. 80 ; soir : T. 37,8, P. 84.

Ablation des fils profonds le 23, des fils superficiels le 25.

Le drain est enlevé le 1^{er} août. Sortie le 8 août.

Résultats éloignés : Revue en juin 1904, en très bonne santé. Mais éprouve de temps en temps une sensation de picotement au niveau de la fosse iliaque droite, quelques maux de tête fugaces. A eu des bouffées de chaleur fréquentes pendant six mois environ.

OBS. IX (Gosset). — *Double salpingite suppurée à droite. Hystérectomie abdominale sus-vaginale : appendicectomie. Drainage.*

Louise G..., 32 ans, entre le 1^{er} août 1901, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Le début de l'affection remonte à la fin de juillet dernier.

Le 26, la malade a eu ses règles à l'époque normale, elles ont duré jusqu'au 29 avec douleurs habituelles.

Le 30, pendant la nuit, elle éprouve des douleurs très vives au niveau de la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade de Pallope ; cette crise douloureuse dure deux jours et deux nuits ; pas de vomissements.

Au toucher, le 1^{er} août, on trouve un col lisse, régulier, entr'ouvert, en situation normale ; le fond de l'utérus n'est pas senti au niveau de l'hypogastre, mais la résistance de la paroi à cause de la douleur, rend la palpation difficile. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse lisse, régulière, fixée, paraissant se continuer avec le col.

Rien dans le cul-de-sac gauche. Dans le cul-de-sac droit, on sent une tuméfaction diffuse, douloureuse, allant du bord utérin à la paroi pelvienne.

Le 3, au niveau de la fosse iliaque droite, on constate la présence d'un plastron de la largeur de la main qui descend jusqu'à un travers de doigt au dessus de l'arcade crurale et remonte jusqu'à la ligne iléo-ombilicale.

Le 10, ce plastron a complètement disparu.

Le 19, le palper n'arrive pas à trouver le fond de l'utérus, cependant, il n'y a plus ni douleur, ni résistance de la paroi.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse lisse, régulière, arrondie, douloureuse, du volume d'une orange en continuité avec le col, c'est le fond de l'utérus. Dans le cul-de-sac droit, tout près de cette masse qui est le fond, on en sent une autre plus petite (volume d'une mandarine) plus douloureuse, et séparée de la première par un sillon.

Rien dans le cul-de-sac gauche.

Opération, le 22 août 1901, par M. Gosset, aides MM. Alglave et Heitz Boyer. Hystérectomie abdominale sus-vaginale type ; appendicectomie. Durée de l'opération 45 minutes.

Après l'opération : 1.000 gr. sérum ; soir : T. 37, P. 90, sérum 1.000 gr.

Dans la nuit, sérum 500 gr.

Le 23 août, matin : sérum 500 gr. T. 37,2, P. 100 ; soir : T. 37,5, P. 100.

Le 24, matin : T. 37,2, P. 96 ; soir : T. 37,4, P. 100.

Le 25, ablation du 1^{er} drain.

Le 30, ablation des fils long.

Le 31, des fils courts.

Le 15 septembre, ablation du 2^e drain.

Température et pouls normaux jusqu'à la sortie, le 20 septembre 1901.

Résultats éloignés : En avril 1903, très bonne santé, partie à cette époque pour la province, et n'a plus donné de ses nouvelles.

OBS. X. (Gosset). — *Double salpingite suppurée à gauche*
Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.

Marie B..., 28 ans, entre le 5 août 1901 à l'hôpital de la Pitié, service du Dr Terrier.

Réglée à 17 ans, régulièrement, trois à quatre jours sans douleurs, sans pertes blanches.

A 20 ans, premier accouchement à terme : neuf jours après, poussée de pelvi-péritonite avec fièvre, vomissements, la malade reste alitée trois semaines ; depuis cette époque, le ventre est très sensible. Deux ans plus tard, nouvel accouchement à terme, sans fièvre. Troisième accouchement normal deux ans après. Enfin, quatrième accouchement il y a trois ans.

Le premier, le troisième et le quatrième enfant sont morts à un an.

Six mois après son dernier accouchement, la malade entre à la Pitié pour une poussée de salpingite ; depuis, elle souffre dans les fosses iliaques nuit et jour et la douleur est augmentée par la moindre fatigue. Ses règles sont pénibles, peu abondantes, et en caillots.

Les dernières qui ont eu lieu, il y a dix jours, ont été douloureuses avant et pendant leur cours. Douleurs très vives à la fin de la miction qui est assez fréquente, sept fois le jour quatre fois la nuit.

Par le toucher, on arrive sur un col petit, lisse, régulier, fermé, repoussé en totalité à droite.

Le fond de l'utérus est senti à deux travers de doigt au-dessus du pubis, il est complètement à droite de la ligne médiane. Dans le cul-de-sac gauche on perçoit, bombant dans le vagin, une masse peu douloureuse et rénitente que l'on retrouve par le palper abdominal, dépassant l'arcade crurale de trois travers de doigt, masse séparée de l'utérus par un sil-

lon, plaquée à sa partie externe contre la paroi pelvienne. Rien dans les culs-de-sac droit et postérieur.

Opération le 21 août, par M. Gosset, aides : MM. Alglave et Heitz-Boyer. Chloroforme, par M. Boureau.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, position inclinée, libération des adhérences surtout à gauche où la trompe est suppurée. A droite, vieille salpingite ; la trompe droite est d'abord enlevée. puis amputation sus-vaginale de l'utérus, et ablation de la trompe gauche. Suture des moignons, et réfection du plancher pelvien. Drain.

Suture de la paroi en trois plans.

Durée de l'opération, 45 m.

Après l'opération, 2.000 gr. sérum. Soir, T. 37,5. P. 80, 1.000 gr. sérum, une piq. d'éther, une piq. de caféine. Dans la nuit, 500 gr. sérum.

Le 22 août, matin : T. 37,5, P. 80 ; soir : T. 38,2, P. 88, 500 gr. sérum.

Le 23, matin : T. 37,5. P. 80, sérum, 500 gr. ; soir : T. 37,5, P. 89, 500 gr. sérum.

Le 24, matin : T. 37,2, P. 80, sérum, 500 gr. ; soir : T. 37,8, P. 90.

Le 25, matin : T. 37,2. P. 80 ; soir : T. 37,2, P. 80.

Ablation du drain et des fils profonds, le 30 ; ablation des fils superficiels, le 1^{er} septembre.

Le 7 septembre, soir : T. 38,8, P. 100.

Le 9, soir : T. 39, P. 104.

Les autres jours. pouls et température reviennent à la normale, jusqu'à la sortie, 24 septembre 1901.

Résultats éloignés : Ecrit de New-York en janvier 1904, qu'elle va très bien.

OBS. XI. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.*

Marie D..., 35 ans, entre le 22 août 1901 à l'hôpital de la Pitié. service du professeur Terrier.

Par le toucher vaginal, on trouve un col gros, fermé, irrégulier, déchiré, en situation normale.

Le fond de l'utérus est senti à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Dans le cul-de-sac latéral droit, on perçoit une tuméfaction douloureuse, du volume d'une noix verte, séparée de l'utérus par un sillon.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une masse de la grosseur d'une orange, séparée par un sillon de l'utérus, et que l'on peut saisir entre le doigt vaginal et le doigt abdominal.

Opération le 27 août 1901 par M. Gosset. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.

Après l'opération, 1000 gr. sérum. 2 piq. d'éther et de caféine.

Le soir : T. 37,2, P. 78, 1000 gr. sérum. Dans la nuit 500 gr. sérum.

Le 28 août, matin : T. 37,5, P. 86, 500 gr. sérum : le soir : T. 37,5, P. 90, 500 gr. sérum.

Le 29, matin : T. 37,2, P. 84 ; le soir : T. 37,2, P. 90, sérum 500 gr.

Le 30, matin : T. 37,2, P. 84 ; le soir : 37,5, P. 84.

Ablation du drain le 3 septembre, des fils profonds le 4, des fils superficiels le 6. Courbe normale jusqu'à la sortie, le 18 septembre 1901.

Résultats éloignés : Revue en juin 1904. Santé parfaite, depuis sa sortie de l'hôpital, n'a pas eu le moindre malaise, la cicatrice est à peine visible. Cuisinière, travaille de 7 heures du matin à 14 heures du soir.

OBS. XII. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.*

Henriette V..., 24 ans, entre le 14 septembre 1901 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Règlée à 14 ans, régulièrement et abondamment pertes

blanches. A 16 ans, fausse couche de 4 mois ; elle est soignée pendant 3 mois à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

A partir de cette époque, les règles ne sont plus régulières ; la leucorrhée a beaucoup augmenté. A 17 ans, accouchement normal.

Le 8 septembre dernier, la malade à ses règles.

Le 17, brusquement, elle éprouve des douleurs très vives dans le bas-ventre ; ces douleurs irradient vers la fosse iliaque droite, vers la région lombaire ; elles sont continues, aujourd'hui elles ont un peu diminué d'intensité. Constipation opiniâtre.

La palpation abdominale est très sensible.

Par le toucher on sent le col normal, dans l'axe du vagin. Dans le cul-de-sac postérieur, masse rénitente s'étendant un peu à droite et repoussant l'utérus en avant.

Les culs-de-sac antérieur et latéral gauche sont libres, mais très douloureux à l'exploration.

Opération le 24 septembre 1901, par M. Gosset.

Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.

Après l'opération 1000 gr. sérum, le soir, 1000 gr. sérum, T. 37,2, P. 90, dans la nuit, 1000 gr. sérum.

Le 25 septembre, matin : 1000 gr. sérum, T. 37,8, P. 100 ; le soir : T. 38,2, P. 110.

Le 26, matin : T. 37,2, P. 96 ; le soir : T. 37,8, P. 96.

Le 27, matin : T. 37, P. 84 ; le soir : T. 37, P. 90.

Le 28, changement de drain, le 2 octobre, ablation des fils profonds, le 4, ablation des fils superficiels. Courbe normale jusqu'à la sortie, 13 octobre 1901.

Cette opérée était en bonne santé en avril 1903, à cette époque elle a quitté son domicile sans laisser d'adresse.

Obs. XIII. (Gosset). — *Fibrome utérin sphacélé, adhérent. Double salpingite suppurée avec kyste hématique de l'ovaire droit. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.*

Noémie S..., femme L... 38 ans, entre le 21 septembre 1901 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 15 ans et demi et depuis toujours très bien — jamais de fausses couches ; une grossesse menée à terme.

Depuis une dizaine d'années, la malade éprouve des douleurs à l'approche des règles toujours normales ; il y a quinze jours, le 8 septembre, elle éprouve dans le bas-ventre, une sensation de craquement très pénible ; depuis, l'abdomen s'est développé et la malade a constaté la présence d'une tumeur dont elle ne s'était plus aperçue.

Examen. — On sent, à la partie inférieure de l'abdomen une masse dure, plus développée à gauche, remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, très douloureuse et peu mobile. On constate en outre une petite hernie ombilicale.

Par le toucher, on arrive sur un col dur, irrégulier, déchiré à gauche ; l'orifice est fermé. Les culs de sac sont occupés par une masse dure, non fluctuante, qui se continue avec l'utérus, et paraît remplir la plus grande partie de l'excavation pelvienne ; cette masse est immobile, comme l'utérus. Le fond n'est pas perceptible au palper.

Opération le 24 octobre 1901, par M. Gosset. Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Pièces. — Utérus fibromateux et annexes suppurées : Deux pipettes du liquide contenu dans les cavités kystiques du fibrome sont recueillies.

Nombreux fibromes dont le plus volumineux s'est développé sur le fond de la paroi utérine ; tout le centre de ce fibrome est transformé en un magma purulent.

Examen direct du pus. — Un gros bacille court, non mobile prenant le gram.

Cultures. — Anaérobies seulement (bacille non déterminé).

Ovaires scléro-kystiques.

Trompes adhérentes augmentées de volume, suppurées.

Poids de l'utérus fibromateux 550 grammes.

Après l'opération 1.000 gr. sérum ; le soir T. 37, P. 96, 1.000 gr. sérum.

Dans la nuit 500 gr. sérum.

Le 25 octobre, matin : T. 37,2 P. 104, 500 gr. sérum ; le soir : T. 37,5, P. 116, 500 gr. sérum.

Le 26, matin : T. 37,2, P. 110, 500 gr. sérum ; le soir : T. 37,2, P. 104, 500 g. sérum.

Le 27, matin : T. 37, P. 100, 500 gr. sérum ; le soir : T. 37, P. 90.

Changement de drain le 29 ; le 1^{er} novembre, ablation des gros fils ; drain plus petit le 6 ; ablation le 18. Courbe normale jusqu'à la sortie 5 décembre 1901.

Résultats éloignés : Ecrit en février 1904, qu'elle va tout à fait bien.

Obs. XIV. (Gosset.) — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.*

Eugénie L..., 26 ans, entre le 7 octobre 1901 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement, règles très douloureuses, pertes blanches ; les douleurs sont telles, que la malade doit s'aliter ; ces douleurs irradient vers les lombes, la face interne des cuisses ; elles sont surtout vives du niveau de la fosse iliaque gauche, la marche les exaspère.

Depuis deux mois, métrorrhagies abondantes, durant quinze jours. les douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche sont

plus violentes et sont continues. Constipation opiniâtre, troubles dyspeptiques.

Au toucher, col très rapproché de la vulve. regarde en bas et à gauche; l'utérus est peu mobile, son fond est derrière la symphyse. Dans le cul-de-sac droit, masse du volume d'une noix; dans le cul-de-sac postérieur, corps de l'utérus; dans le cul-de-sac gauche, tumeur du volume d'une mandarine, douloureuse.

Opération le 23 octobre 1901, par M. Gosset.

Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Pièces : utérus et annexes. Utérus de volume normal à muqueuse épaissie et fongueuse.

Trompe gauche volumineuse dilatée, contenant du pus; le pavillon est oblitéré.

Trompe droite suppurée contournée, adhérente, pavillon libre. Ovaires adhérents aux trompes et contenant de nombreux kystes.

Examen direct du pus : pas de formes microbiennes distinctes; pipette de liquide du drain pris le 5^e jour après l'opération : staphylocoques blancs assez nombreux.

Après l'opération, 1.000 gr. sérum; le soir : T. 37, P. 80, 1.000 gr. sérum. 1 piq. d'éther. 1 piq. de caféine; dans la nuit : 1.000 gr. sérum.

Le 24 octobre, matin : 1.000 gr. sérum, T. 37,8, P. 96; soir : T. 38, P. 100, 500 gr. sérum.

Le 25, matin : 500 gr. sérum, T. 37,8, P. 104; soir : T. 37,8, P. 104, 500 gr. sérum.

Le 26, matin : 500 gr. sérum, T. 38, P. 104; soir : T. 38,5, P. 104, 500 gr. sérum.

Le 27, matin : 1.000 gr. sérum, T. 38,8, P. 104; soir : T. 38,8, P. 104, 500 gr. sérum.

Le 28, matin : T. 38,2, P. 100, 1.000 gr. sérum; soir : T. 38,5, P. 100.

Le 29, matin, T. 38,2, P. 96, 500 gr. sérum; soir : T. 38,5, P. 100, 500 gr. sérum.

Le 30, matin, 38,2, P. 96, 500 gr. sérum ; soir : T. 38,5, P. 100, 500 gr. sérum.

Le 31, matin : T. 37,8, P. 100, 500 gr. sérum ; soir : T. 38, P. 100.

Le 1^{er} novembre, ablation des fils profonds ; le 3, ablation des fils superficiels ; le drain est remplacé par un autre plus petit le 5 ; remplacé à nouveau le 8 ; remplacé encore le 19 et enlevé définitivement le 22. Courbe de température et de pouls normale jusqu'à la sortie, 1^{er} décembre 1901.

Résultats éloignés : revue en mars 1904, très bien portante, appétit exagéré.

Obs. XV. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain. Mèche.*

Mme Elodie L. . . , 38 ans, entre le 9 octobre 1901, à l'hôpital de la Piété, service du professeur Terrier.

Réglée à 13 ans et depuis toujours très bien. Un seul accouchement normal ; coliques de plomb.

Depuis ses couches, elle a toujours éprouvé quelques douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, douleurs sourdes, s'exaspérant parfois.

Il y a quinze jours, la malade a brusquement ressenti de violentes douleurs dans les lombes, douleurs qui se localisent bientôt à l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, et à la face interne des cuisses. Diarrhée abondante, céphalée, anorexie ; pas de vomissements. Les règles sont normales mais pertes blanches abondantes dans l'intervalle. La malade a beaucoup maigri.

Au toucher, on trouve un col gros, ouvert, fendu transversalement et dirigé en bas et en avant. L'utérus dans son ensemble est peu mobile, on n'en sent pas le fond au-dessus de la symphyse. Le cul-de-sac latéral droit est rempli par une masse

ture, douloureuse, difficile à limiter. Dans le cul-de-sac postérieur on sent le corps de l'utérus.

Opération le 25 octobre 1901. par M. Gosset. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Trompe droite énorme très adhérente, difficilement libérée par morcellement. Utérus très petit, difficilement découvert. Double drain (petit à gauche, gros à droite), mèche à gauche.

Pièces : utérus très petit et annexes suppurées.

Épiploon normal : un ovaire volumineux kystique fusionné avec la trompe ; un ovaire du volume d'un utérus, rempli de kystes dont un grand kyste purulent. Examen du pus : leucocytes presque tous détruits, pas de formes microbiennes.

Après l'opération, sérum 4.800 gr. ; le soir : T. 37, P. 86, 500 gr. sérum.

Dans la nuit 500 gr. sérum.

Le 26 octobre, matin : T. 39,2, P. 120, 500 gr. sérum ; le soir : T. 38, P. 110, sérum 500 gr., dans la nuit : sérum 500 g.

Le 27, matin : T. 37,5, P. 100. 1.000 gr. sérum ; le soir : T. 30, P. 100, sérum 500 gr.

Le 28, matin : T. 37,5, P. 96, 1.000 gr. sérum ; le soir : T. 37,5, P. 96, ablation de la mèche.

Le 29, matin : 37,3, P. 90 ; le soir ; T. 37, P. 90.

Le 3 novembre, ablation des fils profonds et le lendemain ablation des fils superficiels. Le 8, un drain est enlevé. le 17, le deuxième drain est également enlevé.

Sortie le 23 novembre 1901.

Résultats éloignés. Revue en mars 1904, pas le moindre malaise depuis la sortie de l'hôpital ; cicatrice à peine visible.

OBS. XVI. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus vaginale. Deux drains. Une mèche.*

Marie Ch..., 28 ans, entre le 18 novembre 1901 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Opération le 28 décembre 1901, par M. Gosset. Après l'opération, 1.000 gr. sérum le soir. T. 37, P. 90, sérum, 500 gr. ; dans la nuit, sérum, 1.000 gr.

Le 29 novembre, matin : T. 37, P. 100, sérum, 1.000 gr. ; soir : T. 37,5, P. 100, sérum, 1.000 gr.

Le 30, matin : T. 37, P. 100, sérum, 1.000 gr. ; soir : T. 37,5, P. 1000, sérum, 1.000 gr.

Le 31, ablation de la mèche, pose d'un drain plus petit ; matin : T. 37, P. 100 ; soir : T. 37,8, P. 104.

Le 1^{er} décembre, matin : T. 37,8, P. 104 ; soir : T. 38,5, P. 104.

Le 2, matin : T. 37,5, P. 104 ; soir : T. 38,2, P. 104.

Le 3, ablation du drain cœcal, mise en place d'un drain péritonéal plus petit.

Le 6, ablation des fils.

Le 7, drain plus petit.

Le 9, drain plus petit. Le 13, ablation de ce drain.

Sortie le 19 décembre 1901.

Résultats éloignés : Pas de nouvelles depuis la sortie (fausse adresse).

OBS. XVII. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.*

Léopoldine G..., 28 ans, entre le 14 décembre 1901 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 9 ans et demi et toujours très bien. Pas d'enfants. pas de fausses-couches.

En mars dernier, elle fait une chute en descendant de voiture, cet accident n'a aucune suite. Il y a un mois, nouvelle chute suivie cette fois d'une syncope qui dure dix minutes ; trois jours après, quelques pertes rouges, accompagnées de douleurs abdominales, surtout accentuées au niveau de la fosse iliaque droite ; quinze jours après l'accident, apparition d'une

leucorrhée qui dure une semaine. Il est probable que cette histoire cache une fausse couche inaperçue ou inavouée.

Au toucher, col mou entr'ouvert, permettant l'entrée de la pulpe de l'index. Utérus gros, immobile. Dans le cul-de-sac postérieur, masse dure, volumineuse, grosse comme une orange, douloureuse, faisant corps avec l'utérus. Dans le cul-de-sac droit, induration se continuant avec celle du cul-de-sac postérieur, le cul-de-sac gauche présente les mêmes caractères.

Opération le 23 décembre 1901. par M. Gosset ; aides : MM. Monod et Desjardins ; chloroforme : M. Boureau. Laparatomie médiane sous-ombilicale, plan incliné, utérus en rétroflexion, à droite et à gauche, salpingite suppurée. Les deux ovaires sont farcis de petits kystes. Hystérectomie abdominale sus-yaginale. Réfection des plans. Drainage.

Durée de l'opération, 44 m. Chloroforme, 40 cmc.

Pièces : Utérus volumineux, muqueuse épaissie. Trompe gauche enflammée, pavillon non oblitéré. Ovaire petit scléro-kystique.

Trompe droite très hypertrophiée, pavillon oblitéré adhérent à l'ovaire scléro-kystique.

Suites opératoires.

Après l'opération. 4.000 gr. sérum ; soir : T. 36,8. P. 80, sérum, 500 gr. ; dans la nuit, sérum, 500 gr.

Le 24, matin : 500 gr. sérum, T. 36,8, P. 80 ; soir : T. 37,2, P. 80, sérum, 500 gr.

Le 25, matin : 500 gr. sérum, T. 37. P. 80 ; soir : T. 37,8,

Le 26, matin : T. 36,8, P. 80 ; soir : T. 36,8, P. 80.

Le 30, le drain est enlevé. Sortie le 15 janvier 1902.

Résultats éloignés : Cette malade que nous avons revue en mars 1904, est très bien portante ; depuis sa sortie de l'hôpital, elle n'a jamais éprouvé le moindre malaise, elle travaille dix heures par jour à la machine à coudre, sans fatigue.

OBS. XVIII (Gosset). — *Salpingite double suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drainage.*

Mme Charl., 28 ans. cuisinière entre le 20 février 1902 à la Pitié service du professeur Terrier.

Réglée à 13 ans, régulièrement, sans douleurs.

Première grossesse à 21 ans, normale, accouchement à terme une fausse couche de deux mois en mai 1898, les règles reviennent, régulières. Quinze mois après son dernier accouchement la malade entre à l'hôpital Saint-Antoine où elle est soignée pour une salpingite.

Depuis cette époque, après un travail pénible, elle est prise de douleurs dans tout le bas-ventre.

Les dernières règles normales datent du 16 janvier, en février, elles sont revenues avec huit jours d'avance.

Le 14 février dernier, la malade a dû s'aliter, elle se plaint de douleurs très vives au niveau de la fosse iliaque gauche, irradiant vers la région lombaire. Pas de pertes blanches.

Au toucher, col aplati derrière la symphyse, de consistance normale, le fond de l'utérus est mal délimité. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une masse volumineuse qui l'occupe tout entier.

Le cul-de-sac antérieur n'existe plus.

Le cul-de-sac latéral droit est souple. Le cul-de-sac-latéral gauche est occupé par la masse perçue dans le cul-de-sac postérieur.

Par le palper et le toucher combinés on perçoit une masse volumineuse remontant jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure confondue avec le corps utérin.

Au spéculum, l'hystéromètre pénètre directement et trouve le fond à 9 centimètres et demi.

Opération le 8 mars 1902 par M. Gosset ; aide, de MM. Raymond et Ginbert. Chloroforme, M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale s'accompagne d'hémorragie notable.

L'épiploon recouvre les viscères sous-jacents, il est adhérent au plancher pelvien ; libération de ces adhérences.

La trompe gauche se présente aussitôt très en avant, englobée dans des adhérences ; son ablation est accompagnée d'un léger écoulement de pus. La trompe droite est fixée en arrière à l'utérus lui-même très adhérent. Ablation de l'utérus, ablation des annexes droites après décollement des adhérences qui de ce côté sont très serrées. Le moignon utérin est décortiqué de façon à n'avoir plus qu'une portion infime de col ; fermeture avec trois fils de soie. Péritonisation à la Bardenhauer. Fermeture de la paroi en trois plans. Drainage du Douglas.

Durée 55 minutes. Chloroforme 45 cme.

Après l'opération, sérum 1.000 gr. ; le soir, T. 37,8. P. 116 ; sérum 1.000 gr. ; dans la nuit sérum 1.000 gr.

Le 9 mars, matin : sérum 1.000 gr. T. 37,8. P. 116 ; le soir, T. 38, P. 110 ; sérum 1.000 gr.

Le 10, matin : sérum 500 gr. T. 37,5, P. 110 ; le soir, T. 38, P. 110 ; sérum 500 gr.

Le drain est rétréci le 12, retiré le 15. Le 16. ablation des fils profonds.

Sortie le 31 mars 1902.

Résultats éloignés : pas de nouvelles (fausse adresse.)

OBS. XIX. (Gosset). — *Salpingite double suppurée à gauche. Hysterectomie abdominale sus-vaginale. Drain.*

Mme Albertine Le..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier, le 6 mars 1902.

Reglée à 16 ans très irrégulièrement et très peu jusqu'à l'âge de 19 ans. A partir de cette époque, les règles apparaissent tous les mois et en quantité normale.

Depuis deux ans, la malade a des pertes blanches, jaunâtres,

qui tachent le linge, la miction est douloureuse. A peu près vers ce moment elle a été traitée pour une ulcération du col, et pour un prolapsus utérin, on lui fait porter un pessaire qu'elle garde jusqu'à maintenant.

En novembre dernier, apparaissent des maux de tête, des maux de gorge, et elle perd ses cheveux, un médecin consulté ordonne le traitement spécifique.

Le 19 février, au moment des règles, elle éprouve de violentes douleurs dans tout l'abdomen, elle a des nausées, mais pas de céphalée ; aujourd'hui les douleurs sont localisées au bas-ventre.

Le toucher fait sentir un col lisse régulier, dur et regardant en avant. L'utérus est en retroversion, il est douloureux, volumineux et immobilisé.

Le palper abdominal excessivement douloureux, ne peut-être pratiqué ; à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse on sent une masse qui s'étend un peu à gauche.

Le 13 mars, le palper et le toucher sont plus faciles. Le palper et la percussion font reconnaître une masse, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Au toucher col petit, immobile, repoussé en avant ; dans le cul-de-sac antérieur masse dure qui paraît correspondre à l'utérus. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tuméfaction qui se continue dans les culs-de-sac latéraux ; le cul-de-sac latéral droit est particulièrement douloureux.

Opération le 29 mars par M. Gosset.

Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Après l'opération : 1.000 gr. sérum ; le soir : 500 gr. sérum, T. 37, P. 86.

Le 30 mars, matin : T. 37, P. 100 ; le soir, 1.000 gr. sérum, T. 37,2, P. 90.

Le 31, matin : T. 37, P. 100 ; le soir : T. 37,5, P. 104.

Le 1^{er} avril, matin : T. 36,8, P. 104 ; le soir : 500 gr. sérum, T. 37,2, P. 104.

Le 2, matin : 1.000 gr. sérum, T. 37,2, P. 110, 3 piqu. d'éther ;

le soir : 1.000 gr. sérum, T. 37,5. P. 160. 2 piq. d'éther, 2 piq. de caféine ; dans la nuit : 1.000 gr. sérum, 3 piq. caféine.

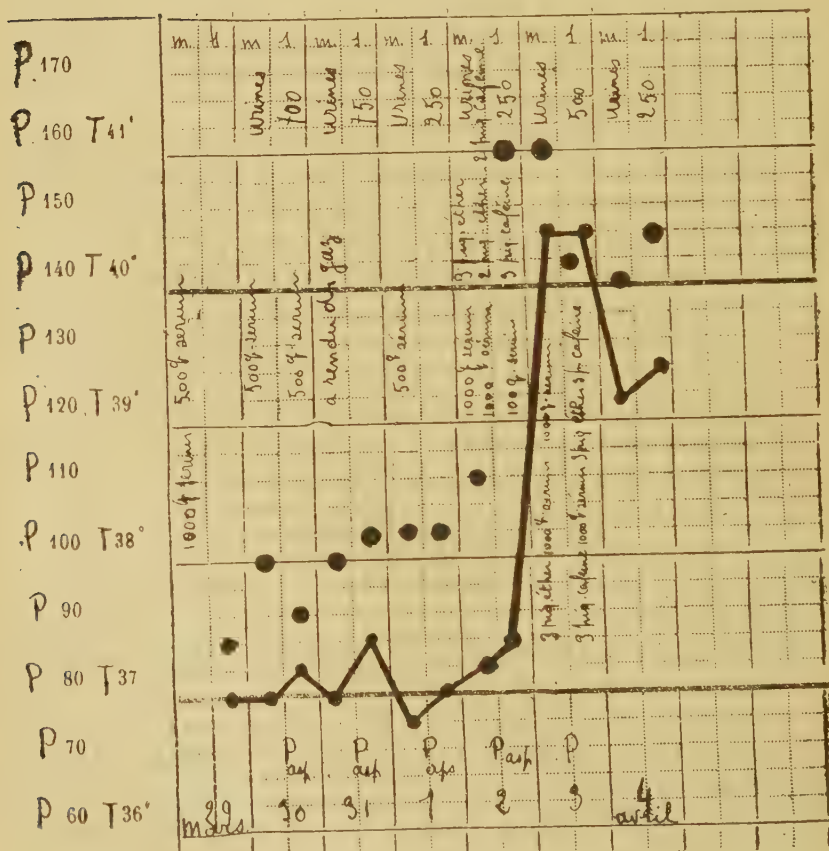
Le 3, matin : 1.000 gr. sérum, T. 40,4. P. 150, 3 piq. d'éther ; le soir : 1.000 gr. sérum, T. 40,4, P. 150, 3 piq. de caféine, 3 piq. d'éther ; dans la nuit, 1.000 gr. sérum, 3 piq. de caféine.

Le 4, matin, T. 39,2, P. 140 ; le soir : T. 39,5, P. 146.

Morte dans la soirée.

Mme Alb.. Le...

Obs. XIX.



Obs. XX (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Rétroversion adhérente. Appendicite. Hystérectomie abdominale sus-raginale. Appendicectomie.*

Mme Dr..., âgée de 24 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 14 mai 1902, service du professeur Terrier.

La malade entre pour des douleurs sourdes dans le bas-ventre, dans la région lombaire et à la face interne des cuisses, de plus, constipation opiniâtre et besoin continu d'uriner.

Elle raconte qu'elle a toujours été mal réglée, trop souvent et trop abondamment. Le lendemain de son mariage, il y a deux mois, elle éprouve une douleur très vive au niveau de l'hypochondre gauche, la douleur se calme au bout de 48 heures, pour faire place, dans la région lombaire, à une sensation de pesanteur, qui depuis n'a pas disparu.

Il y a un mois et demi, elle a constaté que la miction était douloureuse, et qu'elle tachait son linge en vert.

Depuis, les douleurs lombaires, le ténésme vésical, la douleur à la miction, la pollakiurie et la constipation ont été en augmentant.

Opération le 12 juin 1902, par M. Gosset, aide M. Desjardins. Chloroforme, M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; position inclinée ; on dégage les annexes droites, suppurées et on les sectionne. Section des annexes gauches suppurées et prolabées, section de l'utérus ; le moignon utérin est touché au thermo-cautère, puis évidé, suture du cœl, des pédicules vasculaires, surjet péritonéal.

L'appendice enflammé à la pointe et adhérent est disséqué ; ligature sur le mésentère, collerette péritonéale sur l'appendice, section au thermo-cautère ligature, enfouissement dans le cœcum. Drain, fermeture de la paroi en trois plans.

Durée de l'opération une heure. Chloroforme, 50 cmc. Après l'opération, 1.000 gr. sérum, soir : T. 37,5, P. 95 ; sérum, 1.000 gr.

Le 13 septembre, matin : T. 38,2, P. 100 ; 1.000 gr. sérum ; soir : T. 38,8, P. 104 ; 1.000 gr. sérum.

Le 14, matin : T. 38, P. 110 ; soir : T. 37,5, P. 95.

Le 15, matin : T. 37, P. 95 ; soir : T. 37,5, P. 95 ; 500 gr. sérum.

Le 16, matin : T. 37,2, P. 90 ; soir : T. 37,8, P. 90.

Le 23, ablation des fils superficiels, le 26, ablation du drain. Sortie le 4 août 1902.

Résultats éloignés : Pas de nouvelles depuis la sortie de l'hôpital (fausse adresse).

OBS. XXI (Gosset). — *Double salpingite suppurée.*
Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Mme Stéphanie G..., âgée de 20 ans. entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier, le 31 mai 1902.

Réglée à quinze ans et demi. et depuis très bien. La maladie débute, en 1899, à la suite d'une fausse couche. par des douleurs dans le bas-ventre, ces douleurs sont précédées d'une forte métrorrhagie qui dure un mois.

Dans la suite, apparaissent des pertes jaunâtres. verdâtres, les mictions deviennent pénibles.

Depuis deux ans ces pertes ont diminué, elles n'apparaissent que huit jours avant les règles, et cessent avec elles.

Les douleurs persistent toujours, mais le repos les calme.

Les règles ne durent pas plus de 24 heures, elles sont pâles et peu abondantes.

Le malade entre, car les douleurs abdominales sont devenues intolérables.

Au toucher, cul-de-sac antérieur effacé ; dans le cul-de-sac gauche. petite tumeur du volume d'une amande, le cul-de-sac droit est empâté et très douloureux. La palpation très pénible permet de sentir le fond de l'utérus. à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Opération le 19 juin 1902, par M. Gosset. aides : MM. Giraud et Sauvé. Chloroforme, M. Boureau. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. Le grand épiploon adhère par sa pointe au péritoine utérin ; l'adhérence est constituée par une lame celluleuse, lâche, translucide qui est sectionnée aux ciseaux. Le petit bassin est rempli par des adhérences semblables qu'on libère également aux ciseaux. La trompe droite du volume du pouce est oblitérée, très adhérente, on la détache, et on coupe le pédicule utéro-ovarien entre deux pinces, on sectionne de même le ligament rond, et on taille la collerette péritonéale. Du côté gauche, libération des annexes, section du pédicule entre deux pinces, puis section du ligament rond. Les utérines sont pincées avec des pinces de Kocher, et l'utérus est amputé transversalement au bistouri. On touche la cavité cervicale au thermo-cautère, on évide le col et on ferme immédiatement le col avec quatre fils moyens séparés. Ligatures des pédicules vasculaires. Surjet péritonéal. Drain. Points séparés sur le péritoine, puis sur l'aponévrose, crins sur la peau.

Durée, 40 minutes, chloroforme, 45 cmc.

Après l'opération, 1.000 gr. sérum ; soir ; T. 37,2, P. 80, sérum, 500 gr., dans la nuit, sérum, 500 gr.

Le 20 juin, matin : 500 gr. sérum, T. 37,8, P. 84 ; le soir : T. 37,8, P. 90.

Le 21, matin : 500 gr. sérum, T. 37,5, P. 84 ; le soir ; T. 38, P. 96.

Le 22, matin : T. 37, P. 84. Le drain est enlevé. Soir : T. 37,5, P. 90. Ablation des fils profonds le 27, des fils superficiels le 30.

Sortie le 14 juillet 1902.

Revue en avril 1904, va très bien.

OBS. XXII. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Rétroversion. Hystérectomie abdominale sus-vaginale.*

Mme Alice V..., âgée de 24 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier, le 17 juillet 1902.

Réglée à 14 ans et depuis très bien. Un enfant mort-né, à l'âge de 20 ans. Depuis le mois de février dernier, les règles durent plus longtemps, six à huit jours, sans douleurs. Vers le 20 mai, à la fin de la période menstruelle, elle continue à perdre du sang pendant quinze jours; l'écoulement est abondant, continu et s'accompagne de caillots.

Depuis six mois, leucorrhée intense, tachant et empesant le linge; au mois de juin, après la fin des règles, la malade éprouve des douleurs à la miction, les urines deviennent sanguinolentes et troubles, ces phénomènes de cystite durent six à huit jours, les mictions sont fréquentes, tous les quarts d'heure environ. Enfin, ces jours-ci, elle a été prise de fièvre, de courbatures, de douleurs abdominales prédominant à gauche, ces douleurs sont intermittentes, ont la forme de coliques et irradient vers la région lombaire et la face interne des cuisses.

Au toucher, col mobile entr'ouvert, plaqué contre la symphyse; l'utérus augmenté de volume est senti par le cul-de-sac postérieur qu'il remplit. Dans le cul-de-sac latéral gauche on trouve une masse qui peut être mobilisée par la palpation bimanuelle et qui est animée de battements artériels. Le cul-de-sac postérieur contient trois choses: au milieu, l'utérus en rétroversion adhérente, à droite, une salpingite du volume du pouce, à gauche, séparée de l'utérus par un sillon, une salpingite grosse comme une orange.

Opération le 29 juillet 1902 par M. Gosset; aide, M. Desjardins; chloroforme M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, position inclinée. Les annexes droites et gauches sont prolabées et très adhérentes. La trompe gauche, grosse comme un œuf, est pleine de pus;

on en fait l'aspiration. On ne parvient pas à la décortiquer de haut en bas, on se reporte à droite et on enlève les annexes de ce côté, puis on sectionne l'utérus après avoir placé des pinces sur l'utérine droite, puis sur l'utérine gauche; on relève alors l'utérus et le ligament large de bas en haut en décollant la trompe, une fois l'utérus enlevé on peut facilement énucléer cette trompe. Les pédicules sont liés, on ferme le col (dont le moignon évidé au bistouri a été cautérisé au thermo) avec quatre points séparés à la soie moyenne.

Surjet péritonéal. Suture de la paroi en trois étages. Drainage. Durée de l'opération : 38 m. Chloroforme : 35 cmc.

Revue en février 1904. Depuis l'opération n'a pas cessé son métier (infirmière).

OBS. XXIII (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drainage.*

Mme Marie Ma..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier, le 12 juillet 1902. Régliée depuis l'âge de 13 ans, d'une façon régulière et plutôt abondante. Pertes blanches depuis deux mois, elles tachent le linge et l'empêsent, pas de douleurs à la miction.

Au moment des dernières règles, il y a un mois, elle éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre, elle a des frissons, de la fièvre, et elle s'alite jusqu'à son entrée à l'hôpital. Depuis une quinzaine de jours, les douleurs se sont localisées à la fosse iliaque gauche, un médecin appelé, fait à ce niveau, des applications de sangsues.

Par le toucher, on arrive sur un col lisse, régulier, en situation normale, un peu mou et fixé dans le cul-de-sac droit, on sent une masse séparée de l'utérus par un sillon, et s'étendant jusque dans le cul-de-sac postérieur. Dans le cul-de-sac gauche on sent également les annexes augmentées de volume et douloureuses.

Opération. le 5 août 1902. par M. Gosset, aide : M. Reymond. chloroforme ; M. Boureau.

Incision allant de l'ombilic au pubis. Mise en position inclinée. Valve sus-pubienne de Doyen en place.

Le petit bassin paraît rempli par une masse grosse comme le poing, masse développée aux dépens de la trompe droite et adhérente aux anses grêles.

Libération aux ciseaux, protection minutieuse du champ opératoire. On ponctionne la trompe droite avec un trocart, il s'en écoule 300 grammes de pus verdâtre.

Enucléation de la trompe et de l'ovaire droits.

La trompe gauche, également suppurée, et grosse comme le poing, est enlevée.

Hystérectomie abdominale sus-vaginale.

Enfouissement par un surjet péritonéal. Drainage de Douglas. Fermeture de la paroi en trois plans.

Durée de l'opération 50 minutes. Chloroforme 52 centimètres cubes.

Résultats éloignées : Pas de nouvelles depuis l'opération (fausse adresse).

Obs. XXIV (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.*

Mme Zélie Ch..., 17 ans, entre le 4 septembre 1902 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

La malade entre pour des pertes blanches qui durent depuis trois semaines, et qui s'accompagnent de douleurs généralisées à tout l'abdomen. Réglée à 14 ans et depuis très bien : sans aucun trouble jusqu'au mois d'août dernier. Le 5 août elle a ses règles comme à l'ordinaire, ces règles durent quatre jours. sans douleurs, mais elles s'accompagnent de nombreux caillots. Dix jours plus tard survient une métrorrhagie assez abondante qui dure quatre jours. La malade épuisée, et souffrant du ventre

surtout après la marche ou une fatigue quelconque, entre à l'hôpital.

Le toucher fait percevoir un col lisse, mobile, regardant en bas et à gauche, le corps est en avant sur le pubis, légèrement douloureux. Le cul-de-sac antérieur est normal; le cul-de-sac latéral droit est douloureux, on y sent une masse du volume d'une grosse orange se prolongeant vers la fosse iliaque, mobile et douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon. Dans le cul-de-sac latéral gauche, une masse grosse comme une mandarine séparée de l'utérus, elle aussi, par un sillon et se prolongeant en arrière dans le cul-de-sac postérieur, elle est moins mobile que la tumeur droite.

Opération le 14 septembre 1903, par M. Gosset. Aide, M. Alexandre. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. Valve de Doyen. L'utérus est petit, la trompe droite est très augmentée de volume, et suppurée; la trompe gauche est également suppurée; adhérences multiples de l'intestin grêle qui sont sectionnés aux ciseaux et avec les doigts. Ponction aspiratrice avec le trocart à droite et à gauche, on ne retire qu'une très faible quantité de liquide purulent. Section du pédicule ovarien droit entre deux pinces, ablation de la trompe et de l'ovaire droits, section du pédicule ovarien gauche entre deux pinces, et ablation des annexes gauches. Incision sur le cul-de-sac antérieur. Décollement, section du col évidemment au bistouri, cautérisation au thermocautère, suture de la tranche vaginale à la soie. Ligatures des pédicules, on réduit une anse grêle qui adhérait à la trompe gauche en l'entourant d'épiploon. Surjet péritonéal. Suture profonde à la soie, suture de la peau aux crins. Drainage abdominal. Durée de l'opération 55 minutes, chloroforme 38 cmc.

Après l'opération : 1.000 gr. sérum, T. 37, P. 90; le soir : 500 gr. sérum.

Le 12 septembre, matin : T. 37,5, P. 100; le soir : T. 38, P. 100.

Le 13, matin : T. 37, P. 80; le soir : T. 37,2, P. 80.

Le 14, matin : T. 37, P. 80 ; le soir : T. 37, P. 80.

Ablation des fils profonds le 19 septembre, des fils superficiels et du drain le 21 septembre.

Sortie le 30 septembre 1903.

Résultats éloignés : pas de nouvelle depuis l'opération (fausse adresse).

OBS. XXV (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Rétroversion adhérente. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.*

Georgette C..., 33 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier, le 17 septembre 1902.

Réglée à 12 ans, et depuis, très régulièrement. Pas d'enfants, pas de fausses couches ; pertes blanches dans l'intervalle des règles. Il y a six mois, elle a été opérée d'un kyste kystique du foie par M. Le Dentu. Au mois de janvier de cette année, elle a été soignée à Sait-Antoine pour une péritonite. elle reste trois mois à l'hôpital : depuis cette époque, elle souffre beaucoup dans tout le bas-ventre ; depuis une huitaine de jours, les douleurs se sont localisées à la fosse iliaque droite. Elle a eu ses règles il y a quinze jours, plus abondantes qu'à l'ordinaire.

Le toucher vaginal fait arriver sur un col lisse, régulier, fermé, en situation normale. Le fond de l'utérus n'est pas perçu au niveau de la symphyse du pubis : dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse adhérente, grosse comme le poing. Le cul-de-sac droit est douloureux, on y sent une masse fluctuante séparée de l'utérus par un sillon.

La palpation de tout l'abdomen est douloureuse.

Opération le 27 septembre par M. Gosset. Aide : M. Raymond. Chloroforme : M. Arloing.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. Mise en place de la valve abdomino génitale. Multiples adhérences de l'intestin, rompues facilement aux ciseaux et aux doigts. L'uté-

rus est attiré en haut avec une forte pince à traction. Section des pédicules entre deux pinces, d'abord à droite, puis à gauche. Décollement du cul-de-sac vésico-utérin ; section circulaire autour du col et amputation de celui-ci. Cautérisation intra-cervicale au thermocautère. Suture de la tranche vaginale. Surjet péritonéal à la soie fine. Ligature des pédicules. Drain abdominal. Suture des plans de la paroi. Durée : 55 minutes. Chloroforme 50 centimètres cubes.

Après l'opération, 1.000 gr. sérum. Soir : T. 37, P. 80 ; sérum, 1.000 gr.

Le 28 sept., matin : T. 37, P. 84 ; soir, T. 37,2, P. 90.

Le 29, matin : T. 37,2, P. 90 ; soir, 36,4, P. 90.

Le 30, matin : T. 37,2, P. 84 ; soir, T. 37,2, P. 80.

Ablation des fils et du drain le 6 octobre.

Sortie le 26 octobre 1902.

Résultats éloignés : pas de nouvelles depuis l'opération (fausse adresse).

OBS. XXVI (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drainage.*

Jeanne H..., 20 ans, entre le 4 octobre 1902, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 15 ans, d'une façon irrégulière pendant un an, puis très régulièrement jusqu'à 19 ans. A eu la rougeole à 18 ans ; mariée, il y a un an, elle a un enfant en mai 1902, couches normales, cependant légère élévation thermique pendant deux jours.

Depuis, la malade éprouve des douleurs sourdes dans le bas-ventre, ces douleurs irradient vers les lombes, et à la face interne des cuisses ; elles sont continues, et exaspérées par la marche ou une fatigue quelconque. Alitée le 15 juillet, elle essaye de se traiter avec des injections au coaltar, mais n'arrivant à aucun résultat, elle se décide à entrer.

Depuis son accouchement, les règles sont régulières, mais très abondantes, rarement en caillots, dans l'intervalle leucorrhée intense. Constipation opiniâtre.

Au toucher, col irrégulier, déchiré à gauche, mobile en situation normale; ectropion de la lèvre antérieure. Le fond de l'utérus est senti à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, il est douloureux. Dans le cul-de-sac gauche, on sent, nettement séparée de l'utérus par un large sillon, une masse du volume d'une mandarine, et très sensible. Le cul-de-sac droit est un peu douloureux.

Opération le 14 octobre 1902, par M. Gosset aide M. Alexandre; chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. Libération de la trompe droite, section de son pédicule externe entre deux pinces. Pincement du ligament rond droit, et section de l'utérine droite, du péritoine préutérin. Pincement du pédicule des annexes gauches, afin de les libérer plus facilement, l'utérus est sectionné au-dessus du col; section du pédicule gauche et de l'utérine du même côté. Attouchement du col au thermo. évidemment, suture de l'utérus à la soie moyenne; ligatures à la soie forte, surjet à la soie fine. Fermeture de la paroi en trois plans à points séparés, crins sur la peau.

Durée 40 minutes. Chloroforme 38 cmc.

Après l'opération 1.000 gr. sérum, soir: T. 37,5, P. 106, sérum, 500 gr. 2 piq. caféine.

Dans la nuit, sérum, 500 gr. 2 piq. éther.

Le 15 octobre, matin: 2 piq. éther, 2 piq. caféine, 1.000 gr. sérum, T. 37,5, P. 110; le soir: sérum, 1.000 gr. T. 38. P. 120, sérum, 500 gr. dans la nuit.

Le 16, matin: T. 37,5. P. 96, sérum, 500 gr.; le soir. T. 38,2. P. 100, 500 gr. sérum.

Le 17, matin: T. 37,5, P. 100; soir: T. 37,5, P. 106.

Le 18, matin: T. 37,5, P. 100; soir: T. 37,5, P. 104.

Ablation des fils le 25, raccourcissement du drain le 26, abla-

tion du drain le 2 septembre : on replace un drain le 16 novembre, le 23, on l'enlève.

Sortie le 3 décembre 1902.

Résultats éloignés : Revue en mars 1904. Dit qu'elle est sortie de l'hôpital, pas tout à fait guérie ; depuis quelques jours seulement éprouve des douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche ; maux de tête et lumbago, cette femme est très anémique ; suivait déjà un traitement avant l'opération.

OBS. XXVII. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Appendicectomie.*

Emma S., 33 ans, entre le 13 décembre 1902, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 12 ans, et depuis très bien. Mariée à 23 ans ; première grossesse menée à terme ; la même année, deux autres grossesses normales ; dans la deuxième, l'accouchement eut lieu à huit mois. Les trois enfants sont bien portants. Jamais de fausses couches.

La malade devait avoir ses règles le 19 novembre, elles ne sont pas venues ce jour-là ; elle prend une purgation et deux jours après, les règles arrivent en caillots avec des douleurs expultrices, la malade continue néanmoins son travail, mais le 5 décembre, elle est obligée de s'aliter. Depuis, les douleurs se sont un peu calmées, la température 39, n'a pas été dépassée ; par le vagin, s'écoule un liquide séro-purulent pendant un quinzaine de jour.

Au toucher, col de volume normal, regardant en bas, peu mobile, le fond de l'utérus est à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. En arrière, dans le cul-de-sac postérieur, masse volumineuse, dure, douloureuse, séparée par un sillon du corps utérin. Le cul-de-sac latéral gauche est rempli par une masse grosse comme une mandarine, très douloureuse, se prolongeant avec la masse précédente. Le cul-de-sac latéral droit est libre.

Nouveau toucher pratiqué deux jours plus tard. L'utérus est complètement immobilisé. La masse occupant le cul-de-sac gauche a augmenté du volume, elle remonte en haut jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et fait en avant une saillie très appréciable par le palper au-dessous de l'arcade de Fallope. Elle s'étend en dehors jusqu'à trois centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Opération par M. Gosset, aide : M. Alexandre, chloroforme par M. Boureau.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. On aperçoit tout de suite le fond de l'utérus gros comme le poing et fortement adhérent en arrière à l'S iliaque. Les trompes ne s'aperçoivent pas.

On saisit le fond de l'utérus avec une forte pince à traction et on le sépare de l'S iliaque et du rectum. Section des ligaments larges au ras de l'utérus. Amputation sus-vaginale de l'utérus.

On enlève la trompe droite plongeant au loin dans le Douglas. et suppurée, l'appendice adhère à cette trompe. La trompe gauche est très adhérente est remplie de petits abcès miliaires. Le fond du cul-de sac de Douglas est séparé en deux moitiés, droite et gauche par une adhérence très forte entre le rectum et l'utérus.

Thermocautérisation et évidement du moignon utérin, fermeture de ce moignon par trois points à la soie fine. Ligature des pédicules vasculaires

Il n'est pas possible de faire un sujet péritonéal, on suture l'S iliaque au péritoine vésical.

Double drainage dans les deux culs-de-sac délimités.

Ablation de l'appendice. Fermeture de la paroi en trois plans.

Durée : 58 m. ; chloroforme : 48 cm. c.

Ecrit, en 1904 (mai), qu'elle est en bonne santé.

OBS. XXVIII. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Appendicectomie. Drain et mèche.*

Mme Clara M..., 35 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier, le 10 janvier 1903.

Mariée à 20 ans, deux grossesses normales. Il y a 5 ans, la malade a vu ses règles devenir de plus en plus abondantes et contenir de gros caillots, en même temps douleurs dans tout l'abdomen surtout à l'hypogastre, au-dessus du pubis, et dans les fosses iliaques ; ces douleurs irradient vers la région lombaire, et sont exaspérées par l'apparition des règles ; le ventre augmente progressivement de volume.

Par le toucher, on arrive sur un col de volume normal de consistance dure, peu mobile, très sensible, son axe regarde en bas et en avant ; dans l'épaisseur des lèvres antérieure et postérieure, on trouve une petite tumeur dure, de la grosseur d'un grain de chènevis. Le fond de l'utérus ne peut être délimité par le palper. Le cul-de-sac antérieur est étroit, repoussé en avant par le col ; le toucher y détermine tout de suite des envies d'uriner. Dans le cul-de-sac postérieur, on perçoit sur la face postérieure de l'utérus une masse en relief et dure. Le cul-de-sac latéral gauche est comblé par une tuméfaction du volume d'une noix, qui fait corps avec l'utérus. Le cul-de-sac latéral droit est entièrement rempli par une masse arrondie, hémisphérique, peu mobilisable, s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne. La percussion indique la présence de l'utérus au niveau de la région sus-pubienne.

Opération le 17 janvier 1903, par M. Gosset ; aide : M. Raymond ; chloroforme. M. Boureau.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, mise en position inclinée, il n'y a pas d'adhérences ; on aperçoit une tumeur

grosse comme le poing, occupant le petit bassin à droite, repoussant à gauche et en avant l'utérus, à gauche et en arrière l'S iliaque ; l'appendice, par sa pointe, vient au contact de l'S iliaque ; libération de l'appendice. La tumeur latérale droite est fluctante ; on la ponctionne, on en fait l'aspiration, et on retire 100 grammes de liquide d'abord purulent, puis séropurulent.

On va droit à l'utérus en avant et à gauche, on le libère en partie ; la salpingite suppurée droite est décortiquée de bas en haut. Section du ligament utéro-ovarien droit entre deux pinces, du ligament rond et de l'artère utérine du même côté.

À gauche, la trompe très longue, très peu dilatée, plonge très bas dans le petit bassin ; en l'énuclant, on fait sourdre une petite quantité de pus, environ une cuillerée à bouche. Section du pédicule, amputation sus-vaginale, thermocautérisation de la cavité cervicale, évidemment au bistouri. Ligature à la soie du ligament rond, des pédicules utéro-ovariens, des utérines ; fermeture du moignon utérin par quatre fils séparés, à la soie forte.

On peut remettre du péritoine sur toute la partie latérale gauche, en suturant le péritoine de l'S iliaque au péritoine prévésical ; ce dernier est suturé sur la ligne médiane au moignon utérin ; à droite, il est impossible de reconstituer une surface péritonéale régulière.

Ablation de l'appendice, drainage du Douglas avec un gros drain, mèche au-dessus ; dans la profondeur, le Douglas est irrégulier, au point où adhérerait la trompe. Suture de la paroi en trois plans.

Durée : 1 heure 4 minutes ; chloroforme : 47 cmc.

Après l'opération : 1.000 gr. sérum ; soir : 1.000 gr. sérum. T. 37,2, P. 90 ; dans la nuit, 500 gr. sérum.

Le 18 janvier, matin : 500 gr. sérum, T. 37,2, P. 96 ; soir : sérum, 500 gr., T. 37,8, P. 100.

Le 19, matin : T. 37, P. 90 ; soir : T. 37,5, P. 96.

Obs. XXIX (Gosset). — *Hématosalpinx droit. Salpingite gauche suppurée. Hystérectomie adominale sus-vaginale.*

M^m F..., 41 ans, entre le 10 mars 1903 à la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 11 ans et demi et depuis toujours régulièrement. Mariée à 18 ans, premier et unique accouchement à 19 ans, couches normales. La malade s'étant levée le lendemain a ressenti à la suite, de violentes douleurs abdominales qui l'obligèrent à s'aliter pendant 7 mois.

Elle constata pour la première fois l'apparition de pertes blanches qui persistent irrégulièrement jusqu'à aujourd'hui ; elle a déjà été traitée par une métrite.

Bien que la douleur siège depuis longtemps à droite, la malade s'est aperçue, il y a un an environ, d'une localisation encore plus nette de la douleur, ce qui a fait porter au médecin le diagnostic d'appendicite.

La constipation est chronique.

Actuellement : constipation ; pas de nausées ; légère douleur abdominale permanente à droite, au point de Mac Burney ; pas de défense musculaire, pas d'hyperesthésie cutanée ; au palper petit plastron douloureux.

Le toucher vaginal fait percevoir un col volumineux, de consistance ferme, largement entr'ouvert, un peu déchiré à gauche. Le fond de l'utérus est senti difficilement à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Le cul-de-sac antérieur est libre. Le cul-de-sac postérieur difficilement accessible est occupé par la lèvre postérieure volumineuse. Le cul-de-sac latéral droit est comblé par les annexes très sensibles au toucher.

Opération par M. Gosset, le 16 mars 1903. Aides : MM. Alexandre et Charrier. Chlorof. Bourreau. Hystérectomie abdominales sus-vaginale. Appendicectomie. Durée 50 minutes.

Après l'opération 1.000 gr. sérum ; le soir : T. 37,2, P. 90,

sérum 500 gr. Courbe normale jusqu'à la sortie 8 avril 1903.

Résultats éloignés : Revue en juin 1904, en très bonne santé. Appétit exagéré. N'a plus de bouffées de chaleur.

OBS. XXX. (Gosset.) — *Double salpingite suppurée à gauche. Absès periappendiculaire, corps étranger de l'appendice. Appendicectomie. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.*

M^{me} F..., âgée de 45 ans, entre le 14 mars 1903 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Huit enfants, le dernier à 35 ans, une première fausse couche à 40 ans, une deuxième à 41 ans. Huit mois plus tard, la malade éprouve des douleurs très vives au niveau de l'épigastre, et irradiant en ceinture; ces douleurs disparaissent après un séjour de deux mois au lit. Pendant les trois années qui suivent, rien d'anormal: il y a dix-huit mois, la menstruation est devenue irrégulière, et, depuis cinq mois, elle a complètement disparu.

Il y a deux mois environ, la malade est prise de douleurs très aiguës au niveau de l'épigastre, elle entre en médecine, où l'on fait le diagnostic de coliques hépatiques; cependant, les douleurs augmentent d'intensité, elles sont continues et la température s'élève à 40°, on la passe en chirurgie.

L'inspection ne relève rien d'anormal.

La paroi abdominale se laisse bien déprimer, mais la palpation est douloureuse au niveau des flancs, surtout à gauche, et au niveau de l'utérus.

Dans le flanc gauche, on sent une induration fusiforme très sensible.

Le toucher vaginal montre un col dur, volumineux, dirigé en bas et en arrière; la lèvre antérieure est épaissie, l'orifice petit, à bords indurés; le fond de l'utérus est au-dessus du pubis, un peu dévié à droite. Le cul-de-sac latéral gauche est occupé par une masse dure, faisant corps avec l'utérus repoussé

à droite. Le cul-de-sac latéral droit est rétréci par suite de la déviation utérine.

Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse indurée, probablement le fond de l'utérus.

Quinze jours plus tard, l'état de la malade est très satisfaisant on fait un nouveau toucher, le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux sont complètement remplis par une masse immobile, très dure, étendue d'un côté à l'autre, c'est évidemment une double salpingite.

L'opération est faite le 10 avril par M. Gosset, aidé de MM. Raymond et Charrier. Chloroforme: M. Bourreau.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, position inclinée. quelques adhérences de l'épiploon avec le péritoine vésical, facilement libérées; au-dessous, l'utérus, gros comme le poing avec à droite une salpingite enfouie dans le Douglas; et à gauche, les annexes masquées par les adhérences de l'S iliaque avec l'utérus forment une masse cartonnée. on exerce une forte traction sur l'utérus, on libère le pédicule utéro-ovarien droit. on le sectionne; énucléation de la trompe droite suppurée, section de l'utérine droite entre deux pinces.

Amputation sus-vaginale de l'utérus, ligature de l'utérine gauche, section de l'utérus le long de son bord gauche; reste la trompe gauche. Le pédicule utéro-ovarien gauche est mis en évidence et sectionné entre deux pinces, ce pédicule est dur et friable; il se déchire sous la pression des pinces; la trompe gauche, suppurée, du volume des deux poings est enlevée. Le moignon utérin est évidé, et cauterisé au thermo. Ligatures des utérines, des ligaments ronds, des pédicules utéro-ovariens.

A gauche, on peut remettre du péritoine en suturant l'S iliaque au péritoine vésical; à droite, on enfouit le ligament rond et le pédicule, mais on laisse un orifice par où passe un gros drain.

L'appendice plonge dans le Douglas; il adhère à une anse grêle. en le détachant, on trouve dans l'intervalle un abcès du

volume d'une noisette, contenant du pus ancien. Enfouissement. séro-séreux, appendicectomie.

Durée totale 59 minutes, chloroforme 47 cmc.

Après l'opération : 500 gr. sérum, T. 36,8, P. 100.

Le 14 avril, matin ; T. 37,2, P. 110, 1,000 gr. sérum ; le soir : T. 37,2, P. 100, sérum 500 gr., 1 piqûre d'éther, 1 de caféine.

Le 12, matin : T. 37,2, P. 110, 500 gr. sérum ; le soir : T. 37,5, P. 110, sérum 500 gr.

Le 13, matin : T. 37,2, P. 100, 500 gr. sérum ; le soir : T. 37,5, P. 90, sérum 500 gr.

Le 14, matin : T. 37,2, P. 90 ; le soir : T. 37,8, P. 100.

Le 15, matin : T. 37, P. 84 ; le soir : T. 37,5, P. 90.

Le drain est changé le 18, et enlevé le 4 mai. Courbe normale jusqu'à la sortie le 25 mai 1903.

Résultats éloignés : Revue en juin 1904 ; deux bouffées de chaleur par jour, le matin vers 10 h. et le soir vers 6 h., la cicatrice est noueuse, mais indolore, très bonne santé, appétit augmenté ; n'a pas cessé de travailler un seul jour (Blanchisseuse.)

Obs. XXXI (Gosset). — *Salpingite droite suppurée en pousse aiguë. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain et mèche.*

Mme Alice Co..., couturière, 27. ans, entre le 28 avril 1903 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 12 ans, et depuis régulièrement et normalement. Il y a un mois, elle a été prise brusquement pendant son travail, de coliques localisées à la fosse iliaque droite, elle avait un peu de fièvre. Le lendemain, apparaissent des vomissements, les douleurs abdominales persistent.

Quinze jours plus tard, la malade a des pertes blanches pour la première fois ; de temps en temps les douleurs s'exacerbent et irradient dans la cuisse droite.

Depuis une dizaine de jours, amélioration notable de l'état

général, les pertes blanches ont disparu, ayant duré seulement une huitaine de jours, et sans douleur à la miction.

Les dernières règles venues à la date attendue ont été normales (12-15 avril).

Etat actuel. — La malade entre parce qu'elle ressent une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, elle a constamment des nausées, l'inappétence est complète; très constipée, les dernières selles remontent à cinq jours.

Au toucher on sent un col complètement immobile, et regardant en bas, consistance et forme normale.

Le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt perçoit la face postérieure de l'utérus augmenté de volume. Le cul-de-sac latéral gauche est empâté et un peu douloureux, le cul-de-sac latéral droit contient des annexes volumineuses et très douloureuses.

Le point de Mac Burney n'est pas sensible.

Opération le 6 mai par M. Gosset, aidé de M. Lecène. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, plan incliné. Pas d'adhérences à la paroi. Annexes gauches suppurées facilement décorticables; mais à droite, prolabées dans le Douglas, les annexes, sont très adhérentes, également suppurées, en particulier avec une anse grêle qui descend dans le Douglas.

Ablation des annexes gauches, amputation sus-vaginale de l'utérus. Section le long du bord du ligament large droit, énucléation de la trompe droite. Ligature des pédicules, surjet péritonéal sur le bord supérieur du ligament large gauche et sur la tranche utérine; à droite, libération de l'anse grêle sur laquelle on place une greffe épiploïque. Drainage.

Durée de l'opération 52 minutes, chloroforme 55 cmc.

A beaucoup vomi après l'opération, 1.000 gr. de sérum, 2 gr. caféine. Le soir: T. 37, P. 90; 1.000 gr. sérum.

Le 7 mai, matin: 500 gr. sérum, T. 37,5, P. 90; soir: T. 37,8, P. 90; 1.000 gr. sérum.

Le 8, matin : 500 gr. sérum, T. 37, P. 80; soir : T. 37,5 P. 80.

Le 9, matin : T. 37, P. 80; soir : T. 37,2, P. 80.

Ablation de la mèche le 10, des fils profonds le 15, des fils superficiels le 18, du drain le 22.

Sortie le 26 mai 1903.

Résultats éloignés : Revue en juin 1904, santé excellente, travaille dix heures par jour à la machine à coudre, *bouffées de chaleur*, pendant deux mois, depuis pas le moindre malaise.

OBS. XXXII (Gosset). — *Métrite hémorrhagique. Ancienne salpingectomie bilatérale (1900). Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Pas de drainage.*

Jeanne V., 27 ans, entre le 4 août 1903 à la Pitié, service du professeur Terrier.

Elle a été opérée par M. Terrier, le 31 mai 1900, pour une double salpingite non suppurée; on lui a fait une salpingectomie bilatérale. Après l'opération, cessation des règles pendant quatre mois, avec bouffées de chaleur, céphalée, irritabilité excessive, tous accidents qui disparaissent avec la reprise des règles qui durent quatre, cinq jours sans douleurs, sans caillots; pendant deux ans, santé parfaite.

En juillet 1902, pertes abondantes, en caillots qui durent un mois; il n'y avait eu précédemment aucun retard.

En novembre, nouvelle métrorrhagie; la malade subit un curetage dans le service, les règles reviennent normales le mois suivant.

De janvier à juin 1903, quelques pertes qui durent deux jours environ, puis reprennent.

Pendant tout le mois de juin, pertes abondantes.

En juillet, métrorrhagie qui dure quinze jours. Au moment de ces pertes, la malade constate qu'elle a le ventre très sensible; parfois des vomissements.

Au toucher : col petit, régulier, de consistance normale, regardant en arrière, très mobile.

Le fond de l'utérus est senti à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Dans le cul-de sac antérieur, on sent la face antérieure de l'utérus en antéverson ; le cul-de-sac postérieur contient une masse, grosse comme une amande, paraissant faire corps avec l'utérus. Les culs-de sac latéraux sont libres.

Opération, le 7 août 1903. par M. Gosset, aidé de M. Alglave. Chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, d'un bout à l'autre de l'ancienne cicatrice, on ouvre la gaine antérieure des droits. les droits eux-mêmes entre-croisés sur la ligne médiane, il n'y a pas trace de fils ; la paroi est très solide.

Pas d'adhérences au péritoine pariétal antérieur.

L'utérus a son fond légèrement hypertrophié, il n'est pas adhérent ; à droite, on trouve au-dessous de la fossette ovarienne une petite masse du volume d'une noisette, dont la consistance rappelle celle de l'ovaire. On en fait l'ablation pour examiner s'il contient du tissu ovarien.

Hystérectomie sus-vaginale ; pédicules liés à la soie, trois points séparés sur le moignon utérin ; surjet péritonéal à la soie. Fermeture en trois plans à la soie. Durée de l'hystérectomie 27 minutes. Durée totale 40 minutes. Chloroforme 56 centimètres cubes.

Après l'opération : 1.000 gr. sérum ; soir : T. 37,5, P. 90. 1.000 gr. sérum.

Le 8 août, matin : T. 37,5, P. 90 ; soir : T. 37,5, P. 96.

Le 9, matin : T. 37,5, P. 76 ; soir : T. 37,5 P. 90.

Le 15, ablation des fils profonds.

Le 18, des fils superficiels.

Sortie le 31 août 1903.

Revenue dans le service au commencement de 1904. déclare aller très bien.

Observation intéressante qui vient à l'appui de nos affirma-

tions sur la nécessité de l'hystérectomie dans les annexites suppurées. Ici, la salpingectomie bilatérale avait été faite pour des lésions non suppurées, si la simple castration ovarienne ne guérit pas les cas d'inflammation légère, elle ne saurait *a fortiori* guérir les cas suppurés.

OBS. XXXIII (Gosset). — *Salpingo-ovarite double suppurée à gauche. Hystérectomie abdominale supra-vaginale.*

Amélie M..., 40 ans, entre le 21 septembre 1903, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 14 ans, régulièrement, mais avec douleurs. Mariée à 18 ans, six couches normales, à la suite de la quatrième couche, il y a douze ans, elle ressent quelques douleurs dans le bas-ventre. Les règles sont toujours un peu en avance ; dans leur intervalle, pertes blanches abondantes. En janvier dernier, métrorrhagie, la malade reste alitée pendant un mois. La miction est normale.

Au toucher, col dans l'axe, légèrement entr'ouvert, la lèvre antérieure est dure, un peu irrégulière. Le fond de l'utérus est perçu au niveau de l'ombilic ; le cul-de-sac latéral gauche est effacé. Rien dans les autres culs-de-sac.

Opération le 24 septembre 1903 par M. Gosset ; aide : M. Alglave, chloroforme par M. Pietkiewicz.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. On aperçoit l'utérus très augmenté de volume, à droite l'ovaire hypertrophié, à gauche, salpingite suppurée et ovaire kystique, l'utérus est enlevé par hystérectomie sus-vaginale avec les annexes droites ; puis on procède à l'ablation des annexes gauches qui descendent très bas dans le Douglas, mais se laissent facilement énucléer.

Durée : 37 minutes. Chloroforme : 40 centimètres cubes.

Après l'opération : sérum 1000 grammes ; le soir : T. 37, P. 90, sérum 500 gr. Dans la nuit, sérum 500 gr.

Le 25, matin : sérum 500 gr., T. 37,8, P. 100, sérum 500 gr.

Le 26, matin : T. 37,5, P. 90; soir : T. 37,4, P. 90.

Courbe normale jusqu'à la sortie, 22 octobre 1903.

Résultats éloignés : Revue en juin 1904. très bonne santé, travaille toute la journée à la machine à coudre,

OBS. XXXIV (Gosset). — *Double salpingite suppurée blennorrhagique. Hystérectomie abdominale sus-caginale Drains*

Mme Olympe L... 23 ans, couturière, entre le 21 octobre 1903, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 18 ans, et depuis régulières et peu abondantes jusqu'en août dernier, à cette époque la malade a ressenti brusquement des douleurs dans le bas-ventre. en même temps elle était prise de vomissements. les règles sont apparues, très abondantes mais normales, sans caillots.

Le fonds de l'utérus est à trois travers de doigt au dessus du pubis; au toucher le col est gros et douloureux, l'utérus tout entier est immobile. Le cul de-sac antérieur est empâté et sensible, le cul de-sac latéral droit contient une masse tendue douloureuse, dans le cul de-sac latéral gauche on perçoit les annexes, également douloureuses; le cul-de-sac postérieur est libre. Le 12 novembre le toucher est pratiqué à nouveau, et donne les résultats suivants :

Le col est repoussé en arrière et un peu sensible, l'utérus peut être mobilisé par le toucher et le palper combinés. Le cul-de-sac postérieur est souple, les culs de-sac latéraux sont distendus par une tuméfaction douloureuse. Le cul-de-sac antérieur est empâté et très sensible.

Opération le 2 décembre par M. Gosset, aide : M. Desjardins, chloroforme M. Boureau.

Laparotomie médiane sous ombilicale. Plan incliné, paroi très épaisse, on aperçoit l'utérus en légère rétroversion. A droite et à gauche deux salpingites suppurées plongent dans le

Douglas. L'utérus est libéré des annexes, ablation isolée des annexes puis de l'utérus. les annexes droites sont très volumineuses. à gauche il s'est formé un petit abcès périsalpingitique d'où s'écoulent quelques gouttes de pus. Hystérectomie sus-vaginale. Ligature des pédicules vasculaires ; fermeture du col par trois points-surjet péritonéal, fermeture de la paroi.

Durée de l'opération : 48 minutes, chloroforme : 55 centimètres cubes.

Après l'opération, 1000 gr. de sérum : le soir : 500 gr. sérum, T. 37, P. 90.

Le 3 décembre, matin : T. 37,5, P. 95 ; soir : T. 37,5, P. 100, sérum 1000 gr.

Le 4, matin : T. 37, P. 100 ; soir : T. 37,5, P. 100, sérum 500 gr.

Le 5, matin : T. 37, P. 91 ; soir : T. 37,2, P. 90.

Ablation d'un drain le 8 décembre, ablation du deuxième drain le 10.

Les fils profonds sont enlevés le 10 décembre et les fils superficiels le 13.

Sortie le 23 décembre 1903. A donné de ses nouvelles en juin 1904, elle va très bien.

OBS. XXXV. (Gosset.) — *Double salpingite suppurée.*

Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drain.

M^{me} Francine Pr..., 27 ans, entre le 14 octobre 1903, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 17 ans. et depuis très bien. Deux grossesses menées à terme. La malade est entrée à Saint-Antoine il y a un mois, pour des pertes abondantes survenues à la suite d'un retard de quinze jours ; on lui fait un curettage et elle quitte l'hôpital immédiatement après, sur sa demande. Elle se plaint actuellement de douleurs très vives dans l'abdomen, surtout à l'hypogastre.

Au toucher : col gros, un peu mou et béant ; l'utérus tout entier est immobilisé. Le cul-de-sac latéral gauche est tuméfié, douloureux à la pression ; les autres cul-de-sac ne présentent rien d'anormal.

Opération le 19 novembre 1903, par M. Gosset, aide M. Péronné.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, position inclinée ; à gauche, salpingite suppurée adhérente du volume d'un orange ; à droite, salpingite suppurée moins adhérente et moins volumineuse. Ablation des annexes droites pour se donner du champ, ponction de la trompe gauche dont on retire 20 gr. de pus épais, ablation de cette trompe.

Hystérectomie sus-vaginale, évidemment du col après cautérisation ; fermeture du col par trois fils. Ligature des pédicules vasculaires. Réfection du péritoine difficile à droite : surjet au catgut du péritoine, points séparés sur l'aponévrose. Drainage. Durée de l'opération 54 minutes. Chloroforme, 52 centimètres cubes.

Après l'opération : 1.000 gr. de sérum ; soir : T. 37, P. 90, sérum, 500 gr.

20 novembre, matin : sérum, 500 gr., T. 37,5, P. 104 ; soir : T. 37,8, P. 120, sérum, 1.000 gr.

21, matin : T. 37,8, P. 120 ; soir : T. 38, P. 120, sérum, 1.000 gr.

22, matin : T. 37,8, P. 110 ; soir : T. 38,2, P. 110, sérum, 1.000 gr.

23, matin : T. 37,5, P. 104 ; soir : T. 38,2, P. 104.

Ablation du drain et des fils profonds, le 27 novembre ; ablation des fils superficiels le 29.

Sortie le 22 décembre.

Résultats éloignés : revue en mai 1904, santé parfaite, pas le moindre malaise, très bon appétit.

OBS. XXXVI (Gosset). — *Double salpingite suppurée avec abcès péri-appendiculaire. Hystérectomie abdominale sus-vaginale, appendicectomie. Drain.*

Mme Joséphine C..., 22 ans, couturière, entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier, le 6 novembre 1903.

Réglée à 12 ans, et depuis, régulièrement et normalement, dans l'intervalle, pertes blanches abondantes.

Il y a quinze mois, elle a accouché d'un enfant vivant; après l'accouchement, elle a eu quelques accès de fièvre que le médecin a attribués à la rétention dans l'utérus de quelque débris placentaire, il n'y a pas eu de curetage.

Quarante-cinq jours plus tard survient une métrorrhagie abondante qui dure dix jours. Depuis, les règles sont très abondantes.

Le 31 octobre, la malade a ressenti une douleur très vive dans le bas-ventre, douleur irradiant à tout l'abdomen et à la région lombaire, en même temps apparaissent des pertes blanches. Cet état persiste jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Par le palper on ne perçoit pas le fond de l'utérus.

Au toucher, on trouve un col repoussé un peu en avant, lisse, régulier, de volume normal, immobile.

Le cul-de-sac latéral droit est rempli par une masse qu'un sillon sépare de l'utérus, le cul-de-sac latéral gauche présente les mêmes caractères.

Le cul-de-sac postérieur est bombant, dur, régulier, non fluctuant.

Par le toucher rectal, on arrive sur une masse qui applique le rectum sur le sacrum.

Opération le 21 novembre par M. Gosset, aides : M. Dujarrier, chloroforme, M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. On ne voit pas le fond de l'utérus, basculé en arrière, à droite salpingite suppurée adhérente; à gauche salpingite suppurée également adhérente, ils' est formé autour de l'appendice un petit

abcès qui est ponctionné, et qui laisse s'écouler 50 grammes de pus, la trompe gauche est enlevée, à droite, la trompe peut être enlevée sans difficulté. Hystérectomie sus vaginale, cautérisation, évidemment du moignon cervical qui est fermé par trois points de suture. Ligature des pédicules vasculaires. Surjet péritonéal au catgut. L'appendice œdématié est sectionné au thermo-cautère, enfouissement du moignon.

Le plan musculaire est suturé au catgut, et la paroi aux crins de Florence. Drainage.

Durée de l'opération, 47 minutes, chloroforme, 45 centimètres cubes, 1.000 gr. de sérum après l'opération : le soir : 500 gr., T. 37, P. 90.

22 novembre, matin : T. 37,5, P. 100 ; soir : T. 37,8, P. 104, sérum, 1.000 gr.

Le 23, matin : T. 37,2, P. 90 ; soir : T. 37,8, P. 90, sérum 500 gr.

Le 24, matin : T. 37, P. 84 ; soir : T. 37,2, P. 84.

Ablation du drain le 26 novembre, ablation des fils profonds le 29, des fils superficiels le 1^{er} décembre.

Sortie le 17 décembre 1903.

Résultats éloignés : Revue en juin 1904. n'a jamais eu de bouffées de chaleur ; très bon appétit ; la cicatrice a peine visible est très souple.

OBS. XXXVII (Gosset). — *Double salpingite ancienne et appendicite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Appendicectomy.*

Mme Faes..., âgée de 30 ans, entre 21 avril 1903 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Etat actuel. La malade n'a ni fièvre ni douleurs quand elle est au repos et couchée, mais elle éprouve une douleur sourde dans le côté droit dès qu'elle s'assied. Très légères pertes blanches ; pas de nausées, pas de vomissements. Les dernières ré-

gles, apparues le 8, se sont terminées le 11 avril, peu abondantes, rouges, sans caillots.

Le début de la maladie remonte à une dizaine d'années ; à cette époque, accouchement à terme, suivi d'une déchirure du col restée toujours douloureuse ; à la suite de cet accouchement la malade porte un pessaire pendant 3 mois pour rétroversion de l'utérus. pour la première fois apparaissent des pertes blanches indolores dans l'intervalle des règles toujours normales.

Il y a cinq mois, le 20 novembre 1902, dans la nuit, la malade est prise brusquement de vomissements et de douleurs abdominales localisées à droite. Après huit jours d'état stationnaire avec fièvre, nausées, douleurs abdominales continues, le médecin appelé constate une température de 39°8 et un plastron au niveau de l'appendice ; il fait entrer la malade à l'hôpital Saint-Antoine, d'où elle sort deux jours après, allant un peu mieux.

Les mois de décembre, janvier et février se passent au lit avec des douleurs intermittentes, des pertes blanches assez abondantes, sans troubles dans l'apparition, la durée et la nature des règles.

Pendant le mois de mars, la malade va un peu mieux, elle se lève tous les après-midi.

Le 5 avril la fièvre, les nausées, les vomissements la reprennent ; le 8, les règles apparaissent avec une semaine d'avance. L'état est stationnaire jusque vers le 5.

Au toucher, le col, de volume normal, regarde en bas et en avant, l'orifice, petit, est bordé par des lèvres fermes, irrégulières, la lèvre antérieure est plus grosse que la postérieure. elle descend plus bas et présente une série de noyaux irréguliers et durs.

Les culs de-sac antérieur et postérieur sont libres. Le cul-de-sac gauche est empâté et douloureux, le cul-de-sac latéral droit est comblé par des annexes volumineuses douloureuses, appliquées sur le bord utérin. Le fond de l'utérus est difficilement perceptible à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

L'utérus tout entier est peu mobile. Le point appendiculaire est mal localisé.

Opération le 29 avril par M. Gosset. Aide : M. Desjardins. Chloroforme : M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, position inclinée.

L'utérus est adhérent à sa face postérieure avec le cœcum ; à droite de l'utérus, entre le ligament rond et le cœcum, la trompe droite plonge dans le Douglas ; à gauche, lésions salpingiennes anciennes, salpingite très adhérente.

L'appendice s'aperçoit par sa base au niveau du cœcum, plus bas il disparaît au milieu des adhérences péri-salpingiennes droites.

Enucléation des annexes gauches, section de l'utérine gauche, section du ligament large droit. Amputation sus-vaginale.

Les annexes droites sont décortiquées avec précaution. Le moignon utérin est évidé, les pédicules vasculaires sont liés.

L'appendice plonge dans le Douglas au milieu d'adhérences, on le dégage d'un foyer purulent, on le sectionne et on l'enfouit.

Surjet péritonéal. Drain dans le Douglas.

Durée totale de l'opération, 49 minutes ; chloroforme, 50 centimètres cubes.

1^{er} jour, 100 gr. sérum et 2 gr. caféine, T. 37, P. 100.

2^e jour, 1.000 gr. sérum. T. matin, 28,2, soir, 38,8, P. 120.

3^e jour, 500 gr. sérum, T. matin, 37,5, soir, 38, P. 102.

4^e jour, T. matin, 37, soir, 37,8, P. 100.

La température revient ensuite à la normale. Les fils sont enlevés le 10 mai. Ablation du drain le 16.

Sortie le 22 mai.

Résultats éloignés. Revue en juin 1904. N'a jamais eu de bouffées de chaleur ; très bon appétit ; la cicatrice est parfaite.

OBS. XXXVIII. (Gosset). — *Double salpingite suppurée blennorrhagique et kyste de l'ovaire droit. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drainage.*

Mme Ba..., 31 ans, entre le 15 décembre 1903 à l'hôpital de la Pitié service du professeur Terrier.

La malade a fait il y a douze ans une fausse couche de trois mois et demi; quatre ans plus tard accouchement normal suivi six mois après d'une métrite et d'une légère salpingite traitée par M. Pozzi (curettage). Depuis elle a parfois des pertes blanches au moment des règles.

Il y a un mois environ, la malade a éprouvé quelques troubles digestif, pertes de l'appétit, nausées, vomissements alimentaires survenant sans cause apparente; puis il y a huit jours, des douleurs abdominales sont apparues brusquement; ces douleurs vont en augmentant d'intensité; plus vives la nuit, elles irradient dans la fosse iliaque gauche et dans la région lombaire, elles sont accompagnées de diarrhée et de fièvre, pas de céphalée, pas de vomissements.

Les dernières règles datent du 28 novembre, elles ont été très peu abondantes, depuis trois jours, léger suintement sanguinolent. Le palper est un peu douloureux, et n'arrive pas à percevoir le fond de l'utérus.

Au toucher, col normal, lisse régulier, l'utérus est peu mobile; dans le cul-de-sac latéral droit, on perçoit une petite masse allongée; dans le cul-de-sac postérieur très douloureux on sent une masse qui se continue dans le cul-de-sac droit et dans le cul-de-sac gauche.

Opération le 18 décembre 1903 par M. Gosset, aide M. Mercadet, chloroforme M. Boureau.

La parotomie médiane sous ombilicale, position inclinée; pas d'adhérences de l'épiploon, deux salpingites volumineuses plongeant dans le Douglas (types de la salpingite blennorrha-

gique à droite. kyste ovarique du volume d'une orange. dont on retire 500 grammes de liquide.

Ablation des annexes droites, puis des annexes gauches dont il s'écoule quelques gouttes de pus sur les compresses protectrices.

Hystérectomie sus-vaginale dernière, le moignon est touché au thermo-cautère et évidé au bistouri, les deux lèvres sont réunies par trois points de gros catgut. Ligature à la soie fine des pédicules vasculaires.

Reconstitution du plancher pelvien par un surjet à la soie fine ; surjet péritonéal au catgut ; surjet aponévrotique et musculaire au catgut. Crins. Drainage.

Durée de l'opération, 38 m. ; Chloroforme, 54 cc.

Suites normales.

Résultats éloignés. Pas de nouvelles depuis la sortie de l'hôpital ; (fausse adresse).

Ob. XXXIX (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Drainage.*

Anna P..., 21 ans, entre le 5 mars 1904 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 10 ans et demi ; règles très irrégulières, abondantes, durant environ huit jours et réapparaissant 15 à 20 jours après les précédentes ; jamais de pertes blanches. /

A 19 ans. accouchement au forceps d'un enfant bien portant ; depuis la malade est souffrante. le retour de couches a lieu deux mois après l'accouchement ; les règles sont de plus en plus abondantes et fréquentes, elle perd deux et trois fois par mois pendant huit jours consécutifs ; ces pertes sont précédées et quelquefois accompagnées de violentes douleurs dans le bas-ventre, irradiant à l'épigastre et dans les cuisses. Quelques pertes blanches.

Depuis quatre mois. les douleurs qui précèdent les règles

sont plus marquées, et irradiant dans les lombes, se prolongeant pendant toute la durée des règles qui sont très abondantes, pendant leur intervalle. leucorrhée intense. Les dernières règles datent du 6 février et durent 15 jours. Deux jours avant son entrée à l'hôpital la malade a perdu de gros caillots noirs, fétides ; un écoulement sanguinolent persiste encore. Les mictions sont douloureuses, et nécessitent parfois l'usage de la sonde.

La palpation révèle de la douleur à l'hypogastre, aussi intense à droite qu'à gauche.

Au toucher, on trouve un col mobile lisse, régulier à lèvre postérieure effacée ; l'orifice admet l'extrémité de l'index. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse volumineuse régulière, très sensible, absolument immobile, c'est probablement le corps utérin rétrodévié. Le cul-de-sac latéral droit contient une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette, séparée de l'utérus par un sillon. Le cul-de-sac gauche est empâté et très douloureux ; le cul-de-sac antérieur et peu profond, libre non douloureux.

Opération le 11 mars 1904, par M. Gosset ; aides : MM. Gernez et Mercadet. Chloroforme : M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Position inclinée. On aperçoit le fond de l'utérus en position normale, avec une salpingite droite en position haute, flexueuse et suppurée ; une salpingite gauche de volume double, adhérente à l'S iliaque, plongeant dans le Douglas, et suppurée.

Ablation de l'utérus et des annexes droites ; ablation isolée des annexes gauches, évidemment du moignon au bistouri et thermo-cautérisation. Ligature des pédicules vasculaires sur jet enfouisseur. Catgut pour la paroi. Drain.

Après l'opération 1.000 gr. sérum ; soir : T. 37,5, P. 110, 500 gr. sérum. Dans la nuit 500 gr. sérum.

Le 12 mars, matin : 500 gr. sérum, T. 38, P. 110 ; soir : T. 38,2, P. 115, sérum 500 gr.

Le 13, matin : T. 37,2 P. 104 ; soir : T. 37,5, P. 104.

Ablation des fils profonds, le 19, des fils superficiels, le 21.
Ablation du drain, le 12 avril.

Sortie le 18 avril 1904.

En juin 1904 a repris son travail (domestique) déclare aller très bien.

OBS. XL. (Gosset). — *Salpingite double*suppurée à gauche.*
Appendicite. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Appen-
dicectomie. Drainage.

Germaine M., femme Ch., 28 ans, entre le 20 mars 1904, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 16 ans, et depuis très bien ; quelques pertes blanches, dans l'intervalle. Mariée à 17 ans. Premier accouchement à 19 ans 1/2, au forceps. Deuxième accouchement à 21 ans, normal. Troisième accouchement à 24 ans, également normal.

Dothiententérie en janvier dernier, soignée dans le service de M. Chantemesse. Du 23 janvier au 10 mars, pertes rouges, très abondantes, en caillots, non douloureuses ; le 10 mars, la malade qui n'a pas de température, se lève ; elle est prise de douleurs très vives dans les régions hypogastrique, plus marquées à gauche, irradiant vers la région lombaire. Depuis le 18 mars, les pertes rouges ont été remplacées par une leucorrhée peu abondante ; la température est montée à deux ou trois reprises à 39.

Par le toucher, on arrive sur un col mobile, volumineux, regardant en bas et en arrière, et dont l'orifice est largement ouvert ; la lèvre postérieure très hypertrophiée et douloureuse. Le fond de l'utérus remonte à trois travers de doigt au dessus de la symphyse ; il est facilement mobilisable. Les culs-de-sac antérieur et droit sont libres. Les culs-de-sac gauche et postérieur sont remplis par une masse molle, rénitente, douloureuse à la pression, du volume d'une orange ; elle est séparée

de l'utérus par un sillon; par le toucher rectal, on délimite très bien cette tuméfaction gauche et postérieure.

Opération le 28 mars 1904, par M. Gosset; aide M. Gernez; chloroforme par M. Boureau.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Position inclinée. L'appendice adhère aux annexes droites, la trompe est oblitérée et l'ovaire doublé de volume. A gauche salpingite tortueuse, du volume du pouce, tombée dans le Douglas, suppurée.

Hystérectomie sus-vaginale; écrasement et petites ligatures à la soie fine des pédicules utéro-ovariens.

Appendicectomie. L'appendice est de longueur normale, il est dilaté dans ses deux tiers inférieurs, et rétréci dans son tiers supérieur. Fermeture à la soie. Drainage.

Durée 40 minutes. Chloroforme 52 cm. c.

Après l'opération, 1.000 gr. sérum; le soir : T. 36,8, P. 100, 500 gr. sérum.

Le 29 mars, matin : T. 37,2, P. 102, 500 gr. sérum; le soir : T. 37,5, P. 102, 500 gr. sérum.

Le 30, matin : T. 37,2, P. 100; le soir : T. 39, P. 100.

Ablation des fils profonds, le 6 avril; des fils superficiels, le 8 avril; le gros drain est remplacé le 10 avril, par un petit drain qui est enlevé à son tour le 13 avril.

Sortie le 2 mai 1904.

Revenue dans le service fin juin 1904. Va très bien, a repris son service d'infirmière.

OBS. XLI. (Gosset.) — *Double salpingite blennorrhagique ancienne. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Pas de drainage.*

Virginie L..., femme I..., 26 ans, entre le 23 mars 1904 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Entre pour des douleurs dans le bas-ventre.

Il y a deux ans et demi, la malade, étant enceinte de 4 mois environ, ressentit des douleurs dans le bas-ventre, et remarqua en même temps des pertes blanches tachant son linge ; la miction était normale. Après l'accouchement au huitième mois, les pertes blanches augmentent et la malade souffre davantage, les douleurs irradient vers les lombes et la face interne des cuisses, s'exagérant par la marche.

Réglée à 18 ans, régulièrement et abondamment (huit jours). Mariée à 21 ans, deux enfants en bonne santé ; jamais de fausses couches. A toujours eu de la leucorrhée, même étant jeune fille, très anémique de 13 à 18 ans.

Au toucher, col très mobile, petit, conique, dur et lisse, très déchiré à gauche ; son axe est dirigé en bas et en arrière. Le fond de l'utérus, en antéverson, est senti à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, sur la ligne médiane. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse du volume d'une grosse noix, dure et douloureuse. Le cul-de-sac latéral gauche est empâté et très sensible.

Opération le 1^{er} avril 1904 par M. Gosset : aide, M. Gernez ; chloroforme par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. Utérus augmenté de volume ; à droite et à gauche, salpingite blennorrhagique du volume d'une poire, tombées dans le Douglas ; pas d'adhérences. Hystérectomie sus-vaginale. Ligature des pédicules vasculaires. Thermocautérisation et évidement du moignon utérin. Surjet péritonéal. La paroi est fermée au catgut n° 1 pour le péritoine, n° 2 pour le plan musculo-aponévrotique. Crins pour la peau. Pas de drain.

Durée totale 24 minutes, dont 18 pour l'hystérectomie ; chloroforme, 47 centimètres cubes.

Après l'opération : 1.000 gr. sérum ; le soir : T. 36,8. P. 90.

2 avril, matin : sérum, 500 gr. T. 37, P. 116 ; le soir : T. 37,8, P. 124.

3. matin : T. 37,2, P. 100 ; le soir : T. 37,2, P. 100.

4, matin : T. 37, P. 90 ; le soir : T. 37,2, P. 100.

Ablation des fils le 11. Sortie le 25 avril 1904.

Revue fin juin en bonne santé.

OBS. XLII. (Gosset). — *Double salpingite suppurée à gauche. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Appendicectomie. Drainage.*

Sylvie S..., 23 ans. entre le 23 mars 1904 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Règles à 12 ans, abondantes, régulières, durant 8 jours non douloureuses, à 14 ans, maladie accompagnée de fièvre et de délire, et qui ne peut être précisée par la malade. Pas de fausses couches ; en mai 1903, au lieu d'avoir ses règles pendant 8 jours comme d'habitude, elle les a pendant 15 jours très abondantes, avec gros caillots. En juin, les mêmes phénomènes se représentent. De juin 1903 à février 1904, rien d'anormal, si ce n'est quelques pertes blanches, mais la malade prétend en avoir depuis l'apparition de ses règles.

Le 1^{er} février 1904, nouvelles pertes rouges avec gros caillots, durant 15 jours ; le 28 février, réapparition des mêmes pertes pendant 11 jours.

A son entrée, la malade se plaint de douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche ; ces douleurs irradient vers la région lombaire seulement pas dans les cuisses. Jamais de picotements à la miction.

Au toucher, le col est petit, lisse, régulier, très mobile, sur orifice est légèrement entr'ouvert ; le fond de l'utérus est derrière la symphyse. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve une grosse masse rénitente, très douloureuse, du volume d'une orange, elle remplit tout le cul-de-sac, et une partie du cul-de-sac postérieur, elle est séparée de l'utérus par un sillon. Dans

le cul-de-sac latéral droit, masse rénitente, douloureuse, du volume d'une mandarine ; un sillon la sépare de l'utérus.

Opération le 30 mars 1904, par M. Gosset, aidé de M. Gernez ; chloroforme par M. Boureau.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, plan incliné. L'utérus, de volume normal, apparaît au milieu du petit bassin à droite, salpingite tombée dans le Douglas, volume d'une mandarine ; à gauche, l'S iliaque adhère aux annexes gauches. La face postérieure de l'utérus est dégagée. Ablation première de l'utérus par hystérectomie sus-vaginale. Ablation des annexes droites ; isolement des annexes gauches et de l'S iliaque ; on ouvre deux abcès près de la salpingite gauche. Thermocautérisation et évidement du moignon. Il n'est pas possible de reconstituer le péritoine des ligaments larges, on suture le péritoine vésical avec l'S iliaque. Drains dans le Douglas. L'appendice est long, dur, vascularisé, il est sectionné.

Fermeture au catgut n° 1 pour plan profond, n° pour plan sus-aponévrotique. Crins sur la peau

Durée, 40 minutes ; chloroforme. 51 cmc.

Après l'opération, 1.000 gr. sérum ; soir : T. 37, P. 86, sérum, 500 gr.

Le 31 mars, matin : T. 37,8, P. 76, 500 gr. sérum ; soir : T. 37,4, P. 80.

Le 1^{er} avril, matin : T. 36,8, P. 80 ; soir : T. 37,2, P. 90.

Le 2, matin : T. 36,8, P. 80 ; soir : T. 37,2, P. 90 ; changement du drain.

Le 3, matin ; T. 37,2, P. 90 ; soir : T. 37,2, P. 100.

Le 4, matin : T. 36,8, P. 84 ; soir : T. 36,8, P. 84.

Le 7, lavage du drain, le 8, ablation des fils profonds, le 9, ablation des fils superficiels, le 10, on remplace le drain par un autre plus petit qui est enlevé le 12. Courbe normale jusqu'à la sortie, le 26 avril 1904.

Revenue dans le service fin juin, va très bien.

OBS. XLIII (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Réversion adhérente. Hysterectomie abdominale sus-vaginale. Appendicectomie. Drainage.*

Marie A..., femme N..., 27 ans, entre le 5 avril 1904, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Opération le 11 avril, par M. Gosset aide M. Alglave. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; mise en position inclinée. Réversion adhérente avec deux salpingites trompes oblitérées ; les ovaires sont également malades. Hysterectomie abdominale sus-vaginale. Durée de l'hysterectomie 15 minutes. On regarde l'appendice qui est entourné en S italique ; ligature du tube muqueux et section au thermocautère ; enfouissement par un surjet en bourse. Drain dans le Douglas.

Surjet au catgut n° 1 pour le péritoine, n° 2 pour les muscles et l'aponévrose, crins pour la peau.

Durée totale 39 minutes. Chloroforme 30 cmc.

Après l'opération, le soir : T. 36,8, P. 70.

Le 12 avril, matin : T. 36,5, P. 70, 500 gr. sérum ; le soir : T. 37, P. 76.

Le 13, matin : T. 36,8, P. 70 ; le soir : T. 37,5, P. 80.

Le 14, matin : T. 37, P. 70 ; le soir : T. 37,2, P. 80.

Le 15, matin : T. 36,5, P. 70 ; le soir : T. 37, P. 80.

Changement du drain le 18 avril, ablation des fils profonds le 19, des fils superficiels le 21 ; le drain est raccourci le 24, puis le 27 et enlevé le 29, la courbe de température et de pouls toujours normale jusqu'à la sortie le 3 mai 1904.

Revue fin juin va très bien.

OBS. XLIV (Gosset). — *Double salpingite suppurée à droite. Appendicite, Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Appendicectomie.*

Clarisse M..., 26 ans, entre le 11 avril 1904 à la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 16 ans très bien, mais depuis trois mois, les règles durent plus longtemps (8 jours), et sont douloureuses. Mariée à 19 ans, jamais de fausses couches, un accouchement difficile et suivi d'infection, forte élévation de température, douleurs abdominales et pertes abondantes.

Depuis trois mois, elle éprouve des douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche, ces douleurs reviennent par crises, et sont localisées ; des pertes blanches sont apparues, qui tachent le linge ; en même temps, mictions douloureuses, cuisantes.

Le col est gros, mais en situation normale ; le fond de l'utérus n'est pas senti au-dessus de la symphyse, l'utérus est en rétroversion adhérente. Le cul-de-sac gauche est empâté et semble-t-il douloureux. Rien dans les autres culs-de-sac.

Opération le 4 mai 1904, par M. Gosset, aide, M. Mathieu. Chloroforme par M. Boureau.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Position inclinée. Tout l'épiploon adhère au péritoine vésical et au péritoine utérin par des adhérences lamelleuses, transparentes ; on libère ces adhérences, et on constate que le fond de l'utérus est en position normale.

A gauche, adhérences intimes de la trompe et de l'S iliaque libération de ces adhérences, et mise à nu d'un abcès entre la trompe et l'intestin ; ablation de cette trompe tombée dans le Douglas, doublée de volume et adhérente. Section du pédicule utéro-ovarien de ce côté et section du ligament rond.

A droite, libération de la trompe et de l'ovaire prolapsés dans le Douglas ; la trompe, du volume d'une mandarine, est suppurée. Section du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond. Collerette péritonéale antérieure, section des artères utérines

et amputation sus-vaginale du col. fermeture du moignon par des points séparés au catgut n° 1 (après cautérisation et évidement).

Ligature des pédicules vasculaires à la soie ; surjet péritonéal. Section de l'appendice doublé de volume dans son tiers inférieur. Fermeture de la paroi, deux surjets au catgut, crins sur la peau.

Durée 57 minutes. P. 116, chloroforme 60 cmc.

Après l'opération 1.000 gr. Sérum, le soir : T. 37, P. 100, sérum 500 gr.

Le 5 mai, matin : T. 36,8, P. 96, sérum 500 gr. ; le soir : T. 37, P. 100, sérum 500 gr.

Le 6, mai, matin : T. 37, P. 100 : le soir : T. 37,5, P. 100.

Le 7, matin ; 37, P. 90 ; le drain est lavé et remis ; le soir : T. 37,2, P. 90.

Ablation des fils superficiels le 14, des fils profonds le 16, et du drain le 25, température et pouls à la normale jusqu'à la sortie le 29 mai 1904.

Revue : fin juin en bonne santé.

CONCLUSIONS

A l'heure actuelle (1904), on peut formuler à propos du traitement des annexites suppurées, les conclusions suivantes :

I. La meilleure voie pour aborder les annexites suppurées uni ou bilatérales, est la voie abdominale.

II. L'hystérectomie vaginale doit être abandonnée.

Dans certains cas exceptionnels, quand une poche salpingienne bombe dans le vagin, et bombe de plus en plus malgré le repos, la colpotomie peut être employée, mais seulement comme opération palliative, en attendant une hystérectomie abdominale curative.

III. L'ablation des annexes suppurées doit toujours s'accompagner de l'ablation de l'utérus.

IV. L'hystérectomie abdominale subtotale est préférable à l'hystérectomie abdominale totale, parce qu'elle est plus simple, plus rapide, plus aseptique et plus bénigne. L'hystérectomie abdominale totale trouve son indication dans les cas de grande suppuration où un drainage vaginal est indispensable.

V. Les divers procédés d'hystérectomie abdominale subtotale ont tous leurs mérites ; à chaque variété de lésion est appliqué le procédé qui lui convient le mieux.

D'une façon générale, dans les cas très adhérents, l'ablation première de l'utérus, en désobstruant le petit bassin, permet l'extirpation facile de bas en haut des masses annexielles.

VI. Le succès de l'opération dépend beaucoup du soin apporté à différents points techniques : le traitement du moignon, la péritonisation, le drainage.

VII. Les résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées paraissent excellents.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE
Vu : LE DOYEN, TERRIER.
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABRANT. — *Thèse*, Paris, 1899.
- ACQUAVIVA et ROUX. — Traitement chirurgical des salpingites.
Revue de chir. Paris, 1903, XXIII 60; 159; 361.
- AMANN. — Reconstitution du plancher péritonéal. Congrès intern. 1900.
- ANWANDTER (G). — La histerectomia abdominal total (métodoyankee) comotratamiento quirúrgico de las afecciones inflamatorias bilaterales de los anexos. *Rev. med. de Chile.* Sant de Chile, 1898, 185, 218, 251.
- ASHBY. — Some recent cases of hysterectomy illustrating the advantages of both the abdominal and the vaginal routes.
— *Am. J. of Obst.* N. Y. 1897, 827-833.
- ASHTON (W. E.). — Phila. Hosp. Rep. 1896, III, 86-88, 1 pl.
- AUDARD. — *Thèse*, Paris, 1903.
- AUDIAU. — *Thèse*, Paris.
- BAER. — Supra vaginal hysterectomy for impossible labor, with intra pelvic treatment of the stump. Tr. Coll. Phys. Phila, 1896, XVIII, 27-35.
- BALDY. — Com. Pan. American med. Congress. *Amer. Journ. of obstetrics*, nov. 1893.
- Hysterectomy. Indic. and techn, *Am. J. obst.*, 1893, p. 593-601.
- Extirpation of the uterus in diseases of the adnexa, *Am. Journ. obst.* N. Y. 1894, 28-33 et Trib. Am. Gynec. Soc. Phila, 1894, 16-22.
- Hysterectomy for suppurative disease of the pelvic organs. *Am. Gyn. a. Obst. J. N. Y.* 1895, 221-225.
- Pelvic inflammation, *Anm. Text. Bk. Gynec* 2^{me} édit., 1898, 421-517.

- The surgical treatment of pelvic inflammatory lésions by abdominal section. *Am. J. of Obst.* May, 1899, p. 597.
- BALDWIN. — The technique of abdominal hysterectomy. *Tr. Ohio M. Soc. Toledo*, 1896, 279-385 et *J. Am. Assoc. Chigago*, 1897, 1192-1195.
- BARDEN. — *Cincin. Lancet Clinic*, 1901, 439-443.
- BAUDRON. — *Thèse*, Paris, 1894.
- BAZY. — *Soc. de chir., Paris*, 8 mai 1904.
- BÉGOUIN. — Hysterectomie abd. tot pour supp. annex. *Rev. mens. de gyn.*, Bordeaux, 1903, 80-83.
- BELL. — *Proc. méd. Journ.* Leicester, 1891, p. 217 et *Brit. Med. Journ.* London, 1891, p. 992.
- BERRUTI. — *Gior. di Gin de Ped.* Torino, 1901, 1-33. ibidem secundo noto clin. Torino, 1901, p. 81.
- BERTRAND. — *Thèse*, Lyon, 1901.
- BERRUYER. — *Thèse*, Paris, 1901, 8^o, n^o 84.
- BILHAUT. — *Ann. de chir. et d'orthopédie*. Paris, 1903, 97-103.
- BLIESENER. — Die abdominale radikaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung. *Monatschr. f. Geb. u. Gynack.* Berlin, 1896, III, 458, IV, 15 : 144.
- BÆKEL (J.). — *Gaz. med. de Strashourg*, 1900, 85-88, ibidem, 1901, 1-5.
- BOIFFIN. — *Assoc. franç. de chir. Proc. verb.* Paris, 1893, 598-617.
- BOLDT. — *N. York. S. Gynœc. a. obst.* 1892, p. 289. Extirpation of the uterus and annexa in pelvic suppuration. *N. Y. med. Record*, 10 novembre 1894, p. 601.
- BONNET et PETIT. — *Traité pratique de Gyn.* Paris, 1894.
- BOSSI (L. M.). — *Rassegna d'obst e ginec.* Napoli, 1896, 193-199.
- BOUILLY. — *Traitement des suppurations pelv.* *Presse Med.*, Paris, 1896, 441-446.
- BOUQUET. — *Thèse*, Lyon, 1895.
- BRETON. — *Thèse*, Paris, 1901, 8^o, n^o 552.
- BROCA. — *Ass. franç. de chir. Proc. verb.* Paris, 1893, 574-578.

- BROWN. — *Chicago, med. Times*, 1893, p. 326-330.
- CAMESCASSE. — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus. *Th.* Paris. 1893.
- CATURANI. — *Arch. ital. di gin.* Napoli. 1903, VI, 255-260.
Isterectomia abdominale sopravaginale.
- CERNÉ. — XIV^e Congrès de Chirurgie 1901. Comptes rendus, p. 829.
- CESTAN. — *Languedoc medico-chir.* Toulouse, 1900, 73-75 et *Toulouse Med.*, 1903, 270.
- CHALOT. — *Traité de chirurgie et de méd. op.* 1898, p. 945.
- CHAPUT. — *Annales de gyn. et d'obst.* 1894, 6-12.
— Société obst. et gynéc. de Paris, janvier 1894.
— *Bull. et Mém. Soc. obst. de Paris*, 1894, p. 18.
— *Bull. et Mém. Soc. chir.* Perforat. du rectum au cours de l'hystérectomie abdominale. Discussion. Faure, Delbet, Pozzi, Peyrot, Terrier, Ricard, Hartmann, Quénu, 1903.
- CHENOWETH (J. S.). — *Louisville monthly J. M. A. S.* 1900, p. 311.
- CHESNET. — *Semaine gynecologique*, Paris, 1902. 224-248.
- CHISLETT. — *Med. current*, Chicago, 1895, XI, 3. 1. pl.
- Coë (H. C.). — Abdominal hysterectomy for pelvic suppuration. *N. Y. J. Gynec. a. obst.* 1894, p. 583.
- COELHO. — *Med. comtemp.* Lisbonne, 1901, 2 s. III, p. 430.
- CONDAMINS. — Peritonisation. *Lyon Medical*, 1895.
- CORDIER (A.-H.). — *Am. Gynec. and. obst. J. N. Y.* 1896, IX, 160-165.
- CUSHING (E.-W.) The evolution in America of abdominal hysterectomy and total extirpation of the uterus. *Monatschrift. f. Geburtsh. u. Gynäk*, 1895, p. 619.
— The indication for vaginal hysterectomy and for abdominal section, respectively in salpingitis pelvic suppuration. *Intern. S. Surg. N. Y.* 1896, 121-124.
— Choice of methods in hysterectomy. *Boston. M. a. S. J.* 1898, 329-332.

- Also : *Ann. gyn. a. Ped. Bost.* 1898-99. I-10. also : *Tr. Am. Gyn. Soc. Phila.* 1898, 209-220.
- DAMAS. — *Gaz des Hôp.* 1898, p. 1273-1301.
- DAVIS (W.-E.-B.) — *Ann. J. Surg. a. gynec. Wellston.* 110, 1895-1896. VIII, 120.
- *Ann. Ass. Obst. a. Gynec. Phila.* 1897, 428-432.
- DEAVER (H.-C.). — Hysterectomy for infectious disease of the uterus and uterine appendages. *N. Y. M. J.* 1904, 10-12.
- DELAGE. — Hystérectomie abdominale totale et subtotale dans les inflammations de l'utérus des annexes. *Th.* Paris, 1901.
- DELAGENIÈRE. — Congrès de chirurgie 1893. 617-622. *Proc.-Verb.*
- De l'hystérectomie abdominale totale dans certaines lésions suppuratives des annexes.
- *Ann. de Gyn. et d'obst.* Paris, 1894, 185-192. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. Paris*, 1894, 157-164. Congrès de chir. Lyon, 1894.
- Indications et technique de la castration abdominale totale pour lésions septiques de l'utérus et des annexes. *Arch. prov. de chir.* Paris, 1895, 145-190. *Arch. proc. de chir.* Paris, 1895, p. 639. Congrès de Genève, 1896.
- Chirurgie de l'utérus. Paris. 1898. Congrès de chir. 1900.
- DELIASSUS. — *J. des sc. méd. de Lille*, 1896, 345-368.
- DELBET. — Suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1890.
- *Annales de gynécologie*, 1890, *ibid.* 1896. 2.
- DEMARTIGNY. — *Rev. méd. du Canada*, Montréal, 1903, p. 517.
- DEPAGE. — *Ann. soc. belge chir.*, Bruxelles, 1898. 234-240.
- DEVOUASSOUX. — *Thèse*, de Paris 1904.
- DIOT. — *Thèse*, de Lyon 1899.
- DIRIART. — *Ann. de gyn. et obst.*, Paris 1897, 14-27.
- Discussion.* — On removal of the uterus in disease of the uterine appendages. *N. V. J. Gynaec. a. obst.*, 1893, 1088 *ibidem*, 1894, p. 61. — Sur l'hystérectomie abdominale.

- Bull. et Mein.*, soc. de chir., Paris 1897, 474.
— 617; 747; 767. *Ann. de gyn. et obst.*, Paris, 1897, 451-176.
- DOLBERT. — Opérative interference for suppuration of uterine appendages which were already absent at the operation. *J. akush. v. Jesnk. boliez.* Saint-Petersbourg, 1897, p. 783.
- DONA. — Hystérectomie abdominale pour salpingites suppurées. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, Bucarest, janv. fév. 1899, p. 492. *Ibidem*, 1900, p. 82, t. III.
- DOYEN. — *Arch. prov. de chir.*, déc 1892, n° 1. Congrès franç. de chir. Paris, 1893. Communicat. à la Soc. belge de chir. Anvers, 13 mai 1894, in *Flandre méd.*, 1^{er} juin 1894 et *Journ. d'accouch. de Liège*, 3 juin 1894. Traitement des suppurations pelviennes. *Arch. prov. de chir.* Paris, 1896, 565-623. *Revue de chir.*, 1897, 1049-1051. Technique opératoire. Paris, 1898.
- DU BOUCHET. — *Ann. de Gyn. et d'obst.*, Paris 1895. 319-324.
- DUNNING. — *Ann. J. obst. N. Y.* 1896, 498-509.
- DUPLAY et CARDO. — Mémoire sur le traitement chirurgical des suppurations pelviennes aiguës. *Sem. Gyn.* Paris 1897.
- DURAND. — Pelvi péritonite d'origine annexielle. Hystérectomie abdominale totale, *Lyon médical* 1903, 86-88.
- DURET. — Salpingites et suppurations pelviennes. *J. des Soc. méd.* de Lille, 1895, I. 385, 434, 577; II. 49, 97, 241, 385. *Ibidem*, 1896, I. 265-272.
- *Bull. des Soc. méd.* de Lille, 1^{er} janvier 1901.
- EASTMAN. — The present status of supra-pubic hysterectomy Indiana M.-J. Indianapolis, 1894, 1-7.
- Some remarks on abdominal hysterectomy. *Med. Fortnightly*, 1896, janvier p. 41.
- EBERLIN. — *Méd. Obozr. Moskw.*, 1902, 970-976.
- EDEBOHLS. — *Am. J. of obst.* 1893, 606-611.
- *Am. J. obst. N.-Y.*, 1895, 62-65.

- EDGAR. — Total hyster-oopharo salpingectomy. Glasgow. M.-J., 1898, 59.
- EHRENFEST. — Radical vs conservative procedures in the treatment of inflammatory affections of the uterine adnexa. Saint-Louis. M. Rev., 1902, 77-78.
- ELDER. — *Brit. Gyneck. J.*, London 487-497, 1 pl.
- EMMET. — Extirpation of the uterus in disease of the adnexa. *Trib. Ann. Gyn. Soc.*, Philadelphie, 1894.
- FAURE. — Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. *Presse méd.*, 1897, p. 237.
- L'hystérectomie abdominale totale par Sect. méd. *Rev. illust. de polytechn. méd. chir.*, 1899, 29-37.
- Sur la techn. de l'hyst. abd. tot. dans les supp. annex. *J. des Prat.*, Paris, 1900, 17-22.
- L'hystérectomie subtotale par section première du col. *Bull. méd.*, Paris, 1900. 1245-1248. *Ibidem.* Etoile méd., Paris. 1900, n° 11, 1-7.
- XIV Congrès de chir., 1901, p. 825.
- Chirurgie des annexes de l'utérus. Paris. 1902. 467 pages. 222 fig.
- Sur la techn. de l'hystérect. abd. *Rev. de chir. et gyn.*, Paris, 1903, 516-519.
- Hysterect. abd. par décollation, Paris. 1903. *Trib. Méd.*, 53-57.
- Techn. de l'hyst abd. dans les supp. annexielles, *Presse Méd.*, 1904, 41-43.
- Cinq. observ. d'hyst. subtot. pour supp. annex. *Trib. méd.*, 1904, 149-151, 5 fig.
- FISH. (E. F.) — Shall we leave the uterus in situ in excision of the adnexa. *Am. J. obst.* N. Y., 1897, 86-91.
- FORTIN. — Normandie, méd. Rouen, 1903, p. 455.
- FRANK. (L.) — Hysterectomy; is it justifiable in septic diseases of the appendages. *Am. Gynec. a. Ped. Balt.*, 1897, 219-225
- *Ibidem.* N. Y. M. J., 1898, 110-114.

- FREDERICK. (C.-C).— Should the uterus and ovaries be removed in operating for double pyosalpinx. *Am. J. obst.* N. Y., 1903, 649-659.
- FRITSCH. (H.) — Ueber adnexoperationen. Verhandl. d. Gessellsch. deutsch Naturf. u. derzte 71 Vers, 1899-1900, 2 th., 2 Hälfte, 247-250.
- FRODOROFF. — Khirurgia Mosk., 1897, 134-141.
- GALLET. — *Gaz. de gyn.*, Paris, 1898, 113, 129. Clin. Brux., 1898, 225-237.
- GILES. — *Med. Press. a. Circ.*, Lond., 1903, LXXVI. p. 251.
- GODART. — Polyclin., Bruxelles. 1898, 60-69.
- GOULLIoud. — *Lyon med.*, 1896, 599-604. Ass. fr. de chir., Paris. Proc.-Verb., 1886., 871-880.
- GUERMOMPRESZ. — *J. des sc. med.* de Lille, 1894, 57-66.
- GUERRY. (Le G.) — Charlotte (N.-C.), M. J., 1903. XXII., 378.
- HAGOPOFF. — *Am. gyn. et obst.*, Paris, 1900, 421-422.
- HALL. — Hysterectomy for inflammatory disease of the appendages. *Am. J. obst.* N. Y., 1897, 562.
- Cincinn. Lancet. Clinic, 1903, 63.
- HAMMOND. — *Am. gynec. a. obst.* J. N. Y., 1901, 130-131.
- Disc. Noble. Fischer. Downer. Da Costa.
- HANKS. — *Tr. Am. gyn. Soc.*, Phila., 1894, 29-35.
- HARRIS. (P.-A.) — Noble (C.-P.), Stone (I.-S.), Mams (M.-D.), *Tr. Am. gynec. Soc.*, Phila, 1903, 172-207.
- HARTMANN. — Traitement des supp. pelviennes, *Am. de gyn et d'obst.*, 1896, 183-230.
- *Ibidem*, 163-172.
- Congrès d'Amsterdam, 1899, in *Presse méd.*, 26 août 1899,
- Traitement opératoire des salpingites. *ann. de gyn. et d'obst.*, 1900, 192-194.
- HEGAR et KALTENBACH. — General and operative gynæcology. Englisch translation, 1887.
- HEIGER. — Comptes rendus du XXX^e Congrès, Soc. allem. de chir. *Rev. de chir.*, 10 novembre 1901, p. 590.

- HENROTIN. — Trib. Ann. Gyn. Soc. Phila, 1894. 308-319.
 Ann. Gyn. a. obst. J. N. Y., 1897, 393-399.
- HOMANS. — *Am. J. M. Sc.* Phila, 1897, 351-362.
- IRISH. — *Boston. med. a. surg. J.*, 1895, p. 615, t. II.
- JACOBS. — *Soc. obst. et gyn.* de Bruxelles, 3 avril 1903. *Nouvelles arch. d'obst. et de gyn.*, 23 oct. 1893. *Bull. Soc. belge gyn. et obst.*, Bruxelles, 114-117, 1898. De l'ablation utéro annexielle par la voie abdominale. *Ann. Soc. belge Chir.*, 1898, 190-198. *Sem. gyn.*, Paris, 1900. V. 7-8.
- JESSETT. — *British Gynaec. Journ.*, nov. 1895, p. 352, *ibidem*. 1898, p. 170-174.
- JONNESCO. — *Castrat. abd. tot. p. les. sept. utero-annexelle* *Sem Gyn.*, Paris, 1897. 298-302 *Gynécologie*, Paris, 1897. 447-464. Congrès de chir., 1897. Congrès de Marseille. 1898. Congrès de chir., 1899. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1900. 419-421. Congrès de chir., 1900 et 1901. *Bull. et Mém. Soc. de chir. Bucarest*, 1902, 71-73.
- JUDET. — *Thèse*, Paris, 1901.
- Hysterectomie abd. tot. technique. indicat. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897, 1-14.
- KAYSER. — *Hygiea* Stockholm, 1903, 2 fig. p. 529.
- KELLY (H-A). — Hystero-salpingito oophorectomie by continuous incision from left to right or from right to left. *Johns Hopkins Hosp. Bull.* n° 59 et 60, 1896.
- Congrès de Genève 1896. (Opérative gynecology 1898). (The removal of pelvis inflammatory masses by the abdomen after bisection of the uterus. *Ann. Gynec. a Ped.* Boston 1900, 174-177). (*Bull. Johns Hopkins Hosp.* Balt. 1901 1-4, 2 pl. 6 fig.
- The removal... *am. J. Obst. N. Y.* 1900, 818-839, 9 fig.
- Revue de gyn. et de chir. abd. mars-avril 1901 (traduction Faure)
- The selection of methods in abdominal hysterectomy. *J. obst. a. gyn. Brit. Emp.* London 1903, 343-354, *ibidem* glasgow M. S. 1903, 241-254. *Disc.* 296-301.

- KIRIAC. — Annexectomie double et hysterectomie concomitante
Sem. gyn. Paris 1903, 193-201.
- KINORRE (G). Zur therapie der entzündlichen adnexerkrankun-
gen derztl. Ber. d. Riga 1897, 265-276.
- KORNER. — *Progresso Med.* Santiago de Chile 1901, 195-201.
- KRONIG — *Monatschr f. geb. u. Gynaek.* Berlin 1904, 353-
360 3 fig.
- KRUG. — Hysterectomy in bilateral disease of the appendages.
Am. J. M. Sc. Phila 1894, 676-680.
- LABADIE AND BASSETT. — *Med. Press. and Circ.* 1895, p. 84
- LAFOURCADE. — Hystérectomie dans les inflam. des annexes.
Arch. prov. de Chir., 1895, 25-41.
- LAMPHEAR. — *Med. Record.* 1^{er} juillet 1893.
- LANDAU. — Berlin. *Klin. Woch.*, 42-19-26 juin 1893.
Centralblat. f. gyn. Leipzig 1897, 680 689-693.
- LATOUCHE. — *Centre médical*, 1^{er} mai 1896.
- LAUWERS. — *Bull. acad. roy. de. med. de Belg., Brux.*
1897, 115-130.
- LAWRENCE. — Treatment of suppurative salpingitis, *internat.*
J. Surg N. Y. 1896, IX.
- LE BEC. — Suppurat. pelv. *France médicale*, 8 déc. 1893.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chir.* 1901, p. 769. E. X.
- LEGUEU. — Congrès franc. de chir. 1898. — *Traité de gyné-*
cologie (Labadie-Lagrave et Legueu). (Du choix de l'opéra-
tion dans le traitement des inflammations des annexes :
Leç. de clin. chir., Paris 1902, II, 353-369, 8 fig.)
- LEJARS. — Sem. gyn. Paris 1896, p. 178.
- LIVET. — *Rev. illust. de. polytechn. méd. et chir.* Paris
1898, 253-248. *Revue gen. de med.* Montréal 1900, III.
- LOLOFF. — Thèse de Montpellier 1902, 8, n° 28.
- LONGUET. — Sem. Gyn. Paris 4 juillet, 11 juillet 1899.
- LUCAS-CHAMPIONNIERE. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.* 1898
p. 718.
- MALLET. — *Am. J. of obst.*, août 1895, p. 184.
- MARTIN (J.-B.). — *Tr. Mich. M. Soc. Grand Rapids*, 1896.

- 616, 624. *Dise.* 658, 667. *Am. gynæc. a. obst. N. Y.*, 1897, 400. 405. *Edimb. M. S.*, 1895, 825, 834.
- MARTIN (A). — Handbuch der Krankheiten der Weiblichen adnex organen, 2 vol. in-8°. Leipzig, 1899.
- MASSON. — *Thèse*. de Paris, 1898, n° 171. Hyst. vag. et abd. dans le trait. des suppurat. pelv.
- MATHIEU. — *Thèse* de Nancy. 1899. Le traitement des annexites suppurées.
- MAUTON. — Phila, M. J. 1901. 434-435, VII.
- MILLER. — *Ann. j. obst. N. Y.* 1896, XXXIV, 340, 348.
- MIRONOFF. — *J. akush i. Jensk boliez*, Saint-Pétersbourg, 1896, X, 680, 705.
- MONARI. — Modificazione alla technica dell' isterectomia abdominale. Bologna Regia Tipografia, 1901.
- MONOD et VANVERTS. — *Technique chirurgicale*, 1902.
- MONPROFIT. — Les opérations annexielles radicales par la voie abdom. Arch. prov. de chir. Paris 1901, 513-540, 14 fig. 577-606, 11 fig.
- MORRIS. — *Am. Gynaecol a obst. J. N. Y.* 1901, XVIII 401.
- MUNDE. — *Am. J. obst. N. Y.* 1895, XXXI, 70-72.
- MYERS. — Cleveland, Méd. Gaz. 1899, p. 11. Voir cong. franc. de chir. 1889. in. Rev. de chir, 1899, 522-616.
- NAGEL. — Gynækologie, Berl. 1899, 275, p. 2 pl.
- NANU. — *Ann. de gynécologie*, Paris, 1900. V. 521-528. LIV, 433-446.
- *Bull. et Mém. Soc. de chir.* de Bucarest, 1901, 169-170.
- NELSON. — *Am. gyn. a. obst. J. N.-Y.* 1896, 590-598.
- NOBLE (C. P.). — Arch. prov. de chir. 1897 (traduct. Labusquière), t. I.
- The treatment of suppuration in the utérine appendages. Proc. Phila. Co. M. Soc. Phila, 1902, IV. 96-110. Drainage versus radical operation for suppuration in the female pelvis. J. Ann. M. Asss Chicago 1902, 912-913. Discussions, Gordon, Cushing, Cullen, Massey, Watkins.
- NOBLE (G.-H). — *Am. J. Obst, N.-Y.* 1903, 828-836.

- NUNEZ (E). — *Progreso med.*, Habana, 1902, XII, 10-13.
- PAMARD. — *Th.*, Paris, 1901.
- PANTALONI. — *Arch. proc. de chir.*, 1897, 100-142.
- PARRU. — L'hyst. abd. tot. contre les affect. des annexes. *Rev. illust. de polytechn. méd. chir.*, Paris, 1898, 321-242.
- PAUCHET. — Castrat. abd. tot. pour salpingo-ovarites bilatérales. *Gaz. méd. Picardie*. Amiens, 1897, 286-294.
- PÉRAIRE. — Hyst. abd. tot. pour salp. ov. *Bull. et Mém. Soc. anatomique*. Paris, 295-298.
- PERRY. — *Am. J. obst. N.-Y.*, 1897, 169-171, t. XXXVI.
- PETERSON. — Hysterectomy as an accompaniment to bilateral removal of the appendages. *Am. gyn. a obst. J. N.-Y.*, 1896, IX, 188-195.
- *Ibid.* *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1896, 249-298.
- *Ibid.* *Am. J. obst. N.-Y.*, 1896, 31-36.
- PÉTRON. — *Th.*, Paris, 1900, n° 284.
- PHOCAS. — *Etudes de gynécologie opérat.* 1899.
- PICHEVIN. *Sem. gyn.*, Paris, 1897, II, 157. A propos du traitement opérat. des salpingites.
- *Sem. gyn.*, Paris, 1898, 131-135, *ibid.*, 1890, 161, *ibid.*, 1898, 169-172, *ibid.*, 1902, VII, 193.
- PILCHER. — *Brooklyn, M. J.*, 1892, VI, 137.
- POLK. — Hystérectomy supra-pubic for salpingitis and ovaritis, *N. Y. J. Gyn. a obst.*, 1893, 1.053-1.059, *ibid.*, *Cleveland med. Gaz.*, 1898-99, XI, 441.
- POZZI. — *Assoc. fr. de chir. proc. verb.*, Paris, 1893, 622-625. *Traité de gynécologie.*
- PRICE. — *Ann. gyn. a. obst.*, *J. N. Y.*, 1898, 521-529.
- PROUBASTA. — Tratamiento de las supuraciones pelvicas. *Rev. de med. cirug. y form.* Barcel., 1896, 287-295.
- PRYOR. — Hysterectomy in bilateral pelvic disease, *Tr. Ann. gyn. Soc. Phila.*, 1894, 48-62, *the american gyn. a. obst. journ. nov.* 1894.

- *Med. Rec.* N.-Y., 1896, I, 37-41. *Med. News* N.-Y., 1896, 253-255.
- Buffalo, *M. J.*, 1932, XLI, 629-633.
- PYLE. — *Med. Rec.* N.-Y., 1899, 339.
- QUEIREL. — Cong. de chir., Paris, 1893, 81-83.
- QUÉNU ET LONGUET. — *Rev. de chir.*, 10 juillet 1900.
- QUÉNU ET JUDET. — De la péritonisation dans la laparatomie, 1901, *Rev. de chir.*, p. 153.
- RACOVICEANO. — *Bull. et Mem. soc. de c.*, Bucarest, 1900, II, 45. *Ibid.*, 1902, 135.
- RECLUS. — Suppurat. pelv. Cliniques chir. de la Pitié, 1894, 507-518.
- REED. — *Dancers med.*, *Times*, 1901, 533-559.
- REYNIER. — Trait. des supp. pelv., *Ann. de gyn. et obst.*, Paris, 1896, 183-230. Disc rapp. de Bouilly, 232-313.
- RICHELOT. — *Rev. de chir.*, Paris, 1897, 700-710. *Bull. et Mém. soc. de chir.*, 1897, 747-767. *Rev. de chir.*, 1898, p. 74. Chirurgie de l'utérus, 600 p., 160 fig.
- ROGER. — *Th. de Paris*, 1900.
- RONCAGLIA. — *Arch. ital. de ginec. Napoli.*; 1899, 541-559.
- ROSNER (A). *Przegl. lek.*, Krakow, 1903, XLI, 543-557.
- ROUFFART. — La clinique, Bruxelles, 10 août 1893.
- ROUSSEL. — XIV^e Cong. de chir., Paris, 1901, 627-633.
- ROUTIER. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1892, 325-333.
- SCHAUTA. — Ueber die indicationem, die technick und die erfolge der adnexoperationen *Deutsche med. Wehusher Leipz. u. Berl.*, 1894, 97-100. *Ibid. Centralbl. f. gynäk.* Leipzig, 1900, 209-212.
- SCHARBIER. — *Brit gyn. J.*, London, 1896, XII, p. 100.
- SCHMELTZ. — *Sem. gyn.*, Paris, 1898, 395.
- SCHWARTZ (Ed.). — Hyst. abd. tot. avec ablat. bilat. des annexes. Congrès de Lyon, 1894.
- *Ibid. Ann. de gynn. et d'Obst.*, Paris, 1894, 334-339.
- SECHEYRON. — Traité d'hystérectomie.
- SEGOND. — Des supp. pelv. Rapp. Cong. périod. intern. de gyn. et d'obst. C. 1892.

- SEGOND. — *Ann. gyn. and Pæd.* Boston 1895-1896, 815-824.
— *Gaz. de gyn.*, Paris, 1897, 49-59. *Traité de chirurgie de Duplay-Reclus.*
— *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, Paris, 1897, 605-616.
SENN (N). — *Journ. Ann. Med. Assoc.*, 1895, p. 225. *Ann. J. of med. Scient.* sept. 1893, *Med. Standard*, Chicago, 1896, 83-109.
SICARD. — Th. de Paris, 1901.
SMITH. — *Union med. du Canada*, Montréal, 1894, VIII, p. 567, 1896, IX, 9-59.
SNEGUIREFF. — Delabrement séreux du petit bassin après hystérectomie, *Rev. de chir.*, sept. 1899.
SOREL. — Les indicat. de l'hyst. abd. dans les supp. pelv. XIV^e Congrès français de chir. Paris, 1901, 821-825.
STAPLER. — *Centralbl. f. Gynäk. Leipzig.*, 1898, 1153-1164. *Revue de Chir.*, 10 sept. 1900.
STONE. — *Am. j. of obst.*, sept. 1897, p. 294. *Am. j. Obst.* N. V. 1904, 824-826.
TAIT (D.). — *Technic. and advantages of bisection of the uterus by the abdominal route*, *Am. J. Surg.*, a. Gynec., St-Louis, 1902, XVI, 198-202.
TÉMOIN et BESSON. — Hystérectomie abdominale totale et sub-totale. *Ann. méd. chir. du Centre*, Tours. 1904, IV, 43-46.
TERRIER et HARTMANN. — Procès-verbal de l'Assoc. franc. de chir., Paris, 1893, 565-573.
TERRIER. — Congrès de chir. 1896. Communicat au Congrès français de chir., XI session, 1897, p. 786-796.
— Bruxelles, 1894, 37-65. Disc. 66-232. Cong. de chir. Paris, 1893, 701-704.
— De l'hystérectomie abdominale totale et partielle. *Rev de chir.* 1897 882-1100. Ibidem. *Revue de chirurgie* 1143-1165. *Congrès de chirurgie*, 1899, 1900, 1901.
— Observations d'hystérectomie abdominale totale. *Bull. et Mém. Soc. de chir.* 1901 218-222.

TERRIER. — 200 observations d'hystérectomie abdom. *Annales de Gyn et d'Obst.* 1900, LIV, 413-314.

TERRIER ET DELAGE. — L'hystérectomie abdominale supra-vaginale dans le traitement des lésions annexielles. *Rev. de chir.*, décembre 1901.

TERRILLON. — Salpingites et ovarites, 1891 215 p., 11 fig.

TRAWIS GIBB. New York: *Journ. of. gyn. and. obsi.* 1894.

TUBHY. — *Clin. J. Lond.* 1900 XVII 157-160.

VEIT. — *Handbuch der Gynak.* t. III, Wiesbaden. 1899.

VILLAR. — Traitement des annexites. De l'hyst. abd. tot. comme premier temps de l'extirpat. des annexites suppurées. *J. des sc. méd. de Bordeaux*, 1902, 601-604; 617-620.

VORONOFF. — *Man. d'opérat. gyn.* Paris, 1899.

WAKERHAGEN. — Hystéro-ophorectomy. Brooklyn. M. J., 1898, p. 389.

WALTER. — Hygiea, Stockholm, 1897, LIX, 2, 115.

WARDEN. — *Lancet London*, 1900, II, 1067-1071.

WATKINS. — *Ann. gyn. a. obs. J. N.-Y.*, 1896, 298-304.

WERDER. — *Ann. gyn. n. Ped Boston*, N.-Y., 1898, 94-98.
Ann. J. obst. N.-Y., 1898, 668-678.

WHITBECK. — *Med. rev. of. rev.*, N.-Y., 1899, p. 220.

WILLIAMS. — Radical vs conservative procedures in the treatment of. inflammatory, affections of the uterine adnexa. St-Louis, *M. Rev.*, 1902, 73-77.

WRHIGT. — *Med Herald St-Joseph*, 1896, 231-236.